These

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA A'

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

EM 31 DE OUTUBRO DE 1912

POR

Carlos Vieira de Menezes

NATURAL DO ESTADO DE ALAGOAS

Filho legitimo de Genesio Ladislàu de Menezes
e D. Francisca Vieira de Menezes

AFIM DE OBTER O GRÁU

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

Cadeira de oto-rhino-laryngologia

Estudo clinico das manifestações da syphilis na região palato-pharyngèa e seu tratamento pelo dichlorhydrato de dioxydiamidoarseno-benzol (606)

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medico-cirurgicas.

BAHIA

Typ. e Encadernação Imprensa Nova

58, Ruas da Montanha e Alfandega, 58

1912

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Director — Dr. AUGUSTO CEZAR VIANNA

Vice-Director— . . . .

Secretario — Dr. Menandro dos Reis Meirelles

Sub-Secretario — Dr. Matheus Vaz de Oliveira

PROFESSORES ORDINARIOS

DOUTORES	MATERIAS QUE LECCIONAM
Manoel Augusto Pirajá da Silva . . .	Historia natural medica
Pedro da Luz Carrascosa	Physica medica.
	Chimica medica.
Julio Sergio Palma	Anatomia microscopica.
José Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva.
Pedro Luiz Celestino.	Physiologia.
Augusto Cezar Vianna	Microbiologia.
Antonio Victorio de Araujo Falcão . .	Pharmacologia.
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e Histologia Pathologicas
Fortunato Augusto da Silva Junior . .	Anatomia medico-cirurgica com Operações e Apparelhos
Anisio Circundes de Carvalho.	Clinica medica
Francisco Braulio Pereira	Clinica medica.
João Americo Garcez Froes	Clinica medica
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica
Braz Hermenegildo do Amaral	Clinica cirurgica
Carlos de Freitas	Clinica cirurgica.
Clodoaldo de Andrade	Clinica ophtalmologica.
Eduardo Rodrigues de Moraes	Clinica oto-rhino-laryngologica.
Alexandre E. de Castro Cerqueira . . .	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
Gonçalo Muniz Sodré de Aragão . . .	Pathologia geral.
José Eduardo Freire de Carvalho Filho .	Therapeutica.
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica medica e hygiene infantil.
Alfredo Ferreira Magalhães	Clinica pediatrica cirurgica e orthopedia.
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene.
Josino Correia Cotias.	Medicina legal.
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinica obstetrica
José Adeodato de Souza	Clinica gynecologica.
Luiz Pinto de Carvalho.	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
Aurelio Rodrigues Vianna	Pathologia medica
Antonino Baptista dos Anjos	Pathologia cirurgica.

PROFESSORES EXTRAORDINARIOS

Egas Moniz Barretto de Aragão . . .	Historia natural medica.
João Martins da Silva.	Physica medica.
. . . .	Chimica medica
Adriano dos Reis Gordilho	Anatomia microscopica
José Affonso de Carvalho	Anatomia descriptiva.
Joaquim Climerio Dantas Bião . . .	Physiologia
Augusto Couto Maia.	Microbiologia
Francisco da Luz Carrascosa	Pharmacologia
. . . .	Anatomia e Histologia pathologicas
Eduardo Diniz Gonçalves	Anatomia medico cirurgica com operações e apparelhos
Clementino da Rocha Fraga Junior. . .	Clinica medica
Caio Octavio Ferreirra de Moura . . .	Clinica cirurgica
. . . .	Clinica ophtalmologica
Albino Arthur da Silva Leitão	Clinica dermathologica e syphiligraphica
Antonio do Prado Valladares	Pathologia geral
Frederico de Castro Rebello Kock . . .	Therapeutica
José Aguiar Costa Pinto	Hygiene
Oscar Freire de Carvalho	Medicina legal
Menandro dos Reis Meirelles Filho . .	Clinica obstetrica
Mario Carvalho da Silva Leal	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas
Antonio Amaral Ferrão Moniz.	Chimica analytica e industrial

PROFESSORES EM DISPONIBILIDADE

Dr. João Evangelista de Castra Cerqueira	Dr. Sebastião Cardoso
Dr. Deocleciano Ramos	Dr. José Rodrigues da Costa Dorea

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses que lhes são apresentadas.

★ ★ ★

No correr do nosso curso academico o 606 fez sua entrada na therapeutica syphilitica e desde logo pensamos em verificar os seus resultados tão altamente proclamados por scientistas de valor.

Nessa epoca a revolução scientifica era tão grande em torno do novo medicamento de então que a nossa opinião, sem valor é real, orientada simplesmemte por leitura de revistas, restava em neutralidade.

Pouco tempo depois chegava da Europa o eminente cirurgião brasileiro Dr. Pacheco Mendes e em uma das suas sabias licções fez applicação do arseno-benzol, chamando no dia seguinte os seus alumnos para verificarem o resultado brilhante obtido. Desde esse momento acreditamos no seu effeito especifico porem não nos tinhamosdiffinido ainda, apezar dos continuos resultados, não menos brilhantes que o primeiro, obtidos na clinica do illustrado cirurgião.

No anno passado começamos a frequentar a clinica oto-rhino-laryngologica e lá observamos mais de perto os seus resultados.

Apaixonado pela oto-rhino-laryngologia e verdadeiramente enthusiasmado pelos resultados mais que satisfatorios obtidos com o seu emprego no tratamento das lezões syphiliticas das mucosas palatinas e pharyngéa, resolvemos, sob a indicação do illustre Dr. Eduardo de

Moraes, escreveu um trabalho sobre as manifestações da syphilis na região palato-pharyngea e seu tratamento pelo 606 e apresental-o para o cumprimento da lei. Dividimol-o em 5 capitulos assim denominados:

1.º Syphilis, accidentes primarios.

2.º Accidentes secundarios.

3.º Accidentes terciarios.

4.º Accidentes heredo-syphiliticos.

5.º Tratamento pelo 606.

Apresentado como está o nosso trabalho sejam as nossas ultimas palavras um signal de eterna gratidão ao eminente mestre Dr. Eduardo Moraes chefe da clinica oto-rhino-laryngologica e aos illustrados collegas Abdias Campos, Heitor Pinto, Adalgiso Ferreira, Arthur de Sá, Luiz Moreira e outros, pelos relevantes trabalhos prestados na sua confecção.

CADEIRA DE OTO-RHINO-LARINGOLOGIA

Estudo clinico das manifestações da syphilis na região palato-pharyngêa e seu tratamento pelo dichlorhydrato de dioxydiamidoarseno-benzol (606)

CAPITULO I

Syphilis, accidentes primarios

A syphilis é uma molestia geral, especifica, transmissivel por contagio, especialmente venereo, ou, a exemplo de outras molestias infecciosas, de geração em geração, por via hereditaria, tendo como agente responsavel o treponema pallidum de Schaudinn e Hoffmann.

Universalmente, hoje, conhecida pelo nome de *Syphilis* foi n'antiguidade variadamente denominada. No seculo XV foi chamada *Morbus gallicus*, *Caries gallica*, *Mal Francez*, *Mal Napolitano*, *Mal Castelhano*, *Mal Hespanhol*, *Mal Portuguez*, etc., etc.

Alguns auctores a denominaram *Mentulagra*, *Mentagra*, *Patursa*, *Pudendagra*, *Bubas*, etc. Por Jacques Bithencourt foi chamada *Mal Venereo*; por Fernel *Lues Venerea*; vulgarmente foi denominada *gallico*, *mal de S. Job*, *Mal de S. Mervius*, *Mal de S. Mein*, *Mal de S. Sement*, etc.

Finalmente o grande medico italiano do seculo XVI Fracastor teve a ideia de compor um poema sobre o

historico e os symptomas do novo mal de então, onde collocou em scena um personagem representando a primeira victima do grande mal, o *Adão gallico*, a quem baptisou, não se sabe porque, com o nome de *Syphilius*; deste nome se extrahiu a melhor denominação até hoje dada á molestia mais rica em synonimia—*Syphilis*.

Contagio — Na região palato-pharyngéa o contagio da syphilis se faz por tres modos: bucco-buccal, genito-buccal e por intermedio de agentes inanimados. O beijo, modo pelo qual se faz o contagio bucco-buccal, é que mais correntemente effectua a transmissão da syphilis. Quantas vezes temos visto homens ou mulheres trazendo comsigo placas mucosas ou outra lesão de ordem syphilitica, beijar uma creancinha fazendo com que esta seja responsavel pelo seu acto, ou melhor dividindo o seu soffrer com o ser innocente? Quantas vezes temos visto um Pae que tenha contrahido a syphilis apòs a fecundação de seu filho, cobril-o de beijos, procurando mesmo a boquinha innocente e nella depositar junctamente com a amisade o terrivel mal?

Cumpre notar que não é somente do adulto á creança que se realisa este meio de contagio, pois em pessoas adultas é commum a manifestação syphilitica palato-pharyngéa contrahida por este mesmo modo. São innumeros os casos de contagio por meio do beijo, os exemplos já tornaram-se correntes em nossa sociedade, porém ainda não produziram effeito algum; se aqui os relembramos é com o fim de mais uma vez

tornar bem patente a influencia valiosa que tem o beijo na transmissão da syphilis. Poderiamos citar algumas observações por nós colhidas na Clinica oto-rhino-laryngologica do Dr. Eduardo Moraes, porém é desnecessario que assim procedamos porque seria encher paginas e mais paginas; seria mesmo apresentar uma these sobre tão importante assumpto, para ser lida simplesmente pòr curiosidade e depois atirada ao fundo da bibliotheca do nosso amavel leitor ou, para melhor dizer, collocada no rol do esquecimento, como acontece com todas as theses que são escriptas com um vivo interesse medico-social. O mechanismo desse contagio é o seguinte: supponhamos que um individuo tem placas mucosas, por exemplo; conclue-se que a sua saliva deve, em virtude do constante contacto com essas mesmas placas, conter treponemas. Esse individuo beija um outro na bocca, pondo assim em contacto a sua saliva com a dest'outro, estabelecendo uma communicação franca entre as duas boccas. A saliva deste ultimo por um movimento de deglutição passará no isthmo da garganta e ahi, encontrando uma qualquer solução de continuidade, mesmo invisivel a olho nú, implantará a semente da syphilis.

O contagio genito-buccal não é menos frequente que o primeiro, são innumeros tambem os exemplos à esse respeito e com especialidade entre pessoas de vida alegre, tendo como fito unico a desmoralisação do Amor. Recusamos fazer uma descripção minuciosa.

O contàgio por intermedio de agentes inanimados é tambem muito frequente. Citam-se exemplos muito

interessantes deste modo de contagio; citaremos alguns dentre elles:

Um joven entra em um collegio e lá encontra uma joven que, por amabilidade, se offerece para educal-o.

Em um recreio, a jovem insiste muitas vezes para que o jovem fume um cigarro, tendo sempre resposta negativa. Finalmente a jovem ascende um, fúma alguns iustantes e passa-o a seu educando dizendo: agora que o cigarro tocou nos meus labios, tu não o recusarás mais; asssim sendo o jovem fumou-o.

Quatro mezes depois appareceram-lhe lesões syphiliticas no pharynge.

O Dr. Marinho em seu artigo *Manifestações habituaes da Syphilis no nariz e na garganta,* cita a seguinte observação de Quervain: Um estudante, correspondendo a sentimentos de camaradagem, esvasia um copo em que começara a beber um seu amigo, senhor já entrado em annos.

Um cancro especifico, que em breve se manifesta em uma de suas amygdalas, leva a descobrir na cavidade buccal do velho manifestações secundarias da syphilis.

Innumeros são os utensilios que tem papel preponderante no contagio da syphilis. Destacamos como principaes e com os quaes deve ter um grande cuidado o especialista: os ferros de cirurgia oto-rhino-laryngologica. O cachimbo que por gentileza é cedido a um amigo e por gentileza acceito, quando é restituido,

tem uma grande importancia na transmissão do terrivel morbo.

* * *

Accidentes primarios—Cancro syphilitico da abobada palatina.—Extremamente raro é o cancro desta região. Em sua estatistica o professor Fournier relata somente dois casos. Jullien publicou um quadro com 136 cancros extra-genitaes, dos quaes somente dois occupavam a abobada palatina.

Nivet, em 595 cancros extra-genitaes, encontrou 3 casos, em 3 doentes, isto é, cada um dos tres doentes tinha um cancro na abobada.

Essa raridade torna bem difficil o seu diagnostico, não só porque as observações que existem são em numero muito pequeno, fazendo com que as suas minudencias, se é que existem, não estejem bem conhecidas, como tambem porque essa raridade faz com que o clinico, em presença de uma lesão desta região, não leve o seu espirito a fazer desta lesão um cancro.

Nós não observamos um só caso de cancro syphilitico da abobada palatina.

Diz o professor Fournier que elles não apresentam uma só particularidade que seja digna de menção.

Sua forma é geralmente arredondada ou ovalar, seu fundo vermelho, dimensão media ou pequena, apresentando o estado erosivo ou sub-ulceroso.

Apezar dessa escassez de observação, os scientistas estão accordes que o seu diagnostico pode ser auxiliado, dês que o clinico tenha em mente a possibi-

lidade da existencia de um cancro, com os seguintes signaes: circumscripção bem nitida da lesão—physionomia objectiva, figurando todos os caracteres usuaes do cancro em configuração, ausencia de bordos em orla, fundo liso vermelho ou opalino, etc., endurecimento da base—evolução rapida e quasi aguda—adenopathia precoce, immediata tendo todos os attributos do classico bubão satellite. Este ultimo signal é importantissimo, porquanto é essa adenopathia que chama a attenção do medico e que o guia ao diagnostico da lesão que chamou attenção do seu cliente e que fel-o vir á sua consulta. Ordinariamente unico, elle pode apresentar-se numero de 2, 3 ou mais. O Dr. Ohmann Dumesnil cita, nos «Annales de dermatologie e syphiligraphie», um caso de dois cancros da abobada palatina, situados no lado direito, um adeante do outro.

O cancro anterior do tamanho de uma peça de um franco, tinha os bordos salientes e endurecidos, de forma arredondada e coberto com uma secreção muco-purulenta, guardando uma distancia para com as gengivas de 3 millimetros.

O outro tambem de forma arredondada, do tamanho de uma peça de 50 centimos, situado atraz do primeiro, guardando a distancia de 3 millimetros, bordos salientes, e, coberto como o primeiro, de secreção muco-purulenta.

As ulceras eram todas duas superficiaes e emittiam um odor infecto. Examinando o corpo do doente, elle encontrou uma erupção muito nitida na região tho-

racica—a roseola syphilitica. Na regiãó sub-maxillar encontrou endurecimento ganglionar.

Os cancros da abobada podem apparecer em communidade com um cancro genital, mas isto não é especifico. Fournier cita um caso onde um seu cliente apresentou um cancro da abobada e um do penis.

Cancro do véo palatino.

Extremamente raro, mais raro ainda que o precedente, é o cancro do véo palatino. Na estatistica do professor Fournier, só existe um cancro, situado nesta região. Em diversas outras estatisticas não encontramos um só caso. Os symptomas são os mesmos que existem no caso precedente, predominando a adenopathia.

Não é raro observar-se ao lado dessa lesão, a immobilidade do véo, devido a esclerose do tecido.

Cancro dos pilares.—Mais frequente que os outros dois; diversas observações assim attestam. O Dr. Barthélemy relata o caso de um cancro exclusivamente limitado ao pilar anterior esquerdo. Estes cancros tem, quasi sempre, a forma crescente, bordos pouco sensiveis em superficie, fundo notavelmente liso, erosivo, bem endurecido e com aspecto geral de pergaminho.

Geralmente dois signaes de alto valor auxiliam o seu diagnostico: o primeiro que não é absolutamente limitado ao cancro do pilar, mas que constitue a base do diagnostico do cancro em geral, é adenopathia; o segundo que constitue um symptoma exclusivamente limitado aos cancros dos pilares e das amygdalas, é constituido por essa mesma adenopathia que, aqui,

apresenta-se em forma de cadeia ganglionar que se observa mais commumente do lado em que está situado o cancro, Ella começa abaixo do angulo da mandibula por um ganglio augmentado de volume, segue o longo do pescoço marginando a face externa do musculo externo—cleido-mastoidéo e vae se terminar no triangulo super-clavicular. Estes cancros são quasi sempre unicos, constituindo esta unidade um outro valioso symptoma, quando reunidos aos primeiros.(1)

Insistimos na reunião desses tres signaes, a que chamamos pathognomonicos: endurecimento da base, adenopathia e unilaterabilidade da lesão. A seguinte observação por nós colhida no Hospital Santa Izabel, esclarecerá o assumpto.

M. P.... 28 annos, afim de ser examinada, apresentou-se á clinica do Dr. Eduardo de Moraes nos fins do mez de Abril do corrente anno, com algumas dores na garganta que, conforme confessou o doente, a principio foram mais accentuadas. Pelo exame phanyngéo foi notada uma lesão no pilar anterior esquerdo de forma semi-circular, de cor vermelha e lisa. A amygdala correspondente achava-se augmentada de volume e hyperhemiada, emquanto que a do lado direito não apresentava anormalidade alguma. O diagnostico até ahi tornou-se difficil, fazendo suppor uma ligeira angina, pois que no interrogatorio a doente nada confessou a respeito de algum contagio da syphilis; po-

(1). Algumas observações relatam casos de cancros duplos, isto é, um situado em cada lado.

rém, esta unilateralidade fez com que a apalpação e a inspecção fossem feitas na região lateral do pescoço onde foi encontrada uma cadeia ganglionar, indo do *gonion* ao espaço superclavicular. O diagnostico do cancro syphilitico do pilar anterior foi feito, sendo confirmado com o exame detido do corpo da doente onde foram encontradas as mais nitidas roseolas situadas nas mãos. nas pernas e na região lombar. O endurecimento do pilar revelado por uma resistencia ao toque digital favoreceu este diagnostico. Este symptoma, que não é especial ao cancro syphilitico do pilar e sim do cancro em geral, constitue um elemento preciosissimo para o seu diagnostico. Quando alliado aos outros signaes de que já fallamos (unilateralidade da lesão e da adenopathia) a sua importancia é tão real como a de seus alliados.

Alguns auctores querem que o cancro tenha entre os pilares um que lhe seja predilecto, mas esta opinião não tem sido comprovada; queriam elles que o pilar anterior fosse mais atacado que o posterior, porém o numero de observações de cancros do pilar anterior é mais ou menos igual ao dos cancros do pilar posterior. Assim é que entre as innumeras observações de cancros do pilar posterior, uma nos reclama mais attenção, quer pelo seu valor proprio, quer pelo seu auctor que, por si só, constitue um elemento precioso para veracidade do facto, é a seguinte: Margin observou em um homem de 20 annos que se queixava de dor na garganta e entumescimento do lado direito do

pescoço, um cancro do pilar posterior direito. Pelo exame foi ėncontrada uma tumefacção ganglionar na região sub-maxillar direita, dura, indolente, de volume de um ovo de gallinha. Pelo exame pharyngéo encontrou, deprimindo a base da lingua, na parte inferior do pilar posterior direito uma ulceração arredondada. com um centimetro de diametro, bordos nitidos e o fundo recoberto de exudato cinzento. Vinte dias depois desapparecimento da ulceração e apparecimento de roseolas, entumescimento dos ganglios inguinaese epitrochleanos direitos. Tres semanas mais tarde placas mucosas na bocca.

Por esta observação em que o diagnostico do cancro foi confirmado com o apparecimento do periodo secundario, pode se varrer da ideia a predilecção opinada por alguns auctores, tanto mais quanto nós sabemos que o cancro absolutamente não tem predilecção por alguma região, todas são iguaes deante elle: diz um eminente mestre que não ha talvez um centimetro de nosso revestimento epithelial onde não tenha já sido observado um cancro syphilitico.

CANCRO D'AMYGDALA

Completamente desconhecido n'antiguidade, foi em 1861, graças aos trabalhos de Diday, distinguido e assignalado, tendo cahido, após esta descoberta clinica, novamente no ostracismo; a nuven do esquecimento e da pouca impoatancia passou-lhe por cima, mascarando este tão importante assumpto que, após uma notavel memoria do Dr. Le Gendre, foi seguido

de observações partidas de todos os lados, excedendo até ao seu real numero, pois que muitas lesões de outra qualquer natureza, tendo por séde a amygdala, tiveram a fortuna de ser considerados cancro syphilitico. Após estas diversas aventuras, pelas quaes passou, o cancro amygdaliano é hoje considerado talvez o mais frequente dos cancros extra-genitaes. As estatisticas não podem demonstrar cabalmente este dizer, pois, o seu numero não é ainda bem preciso. O professor Fournier confessa que o numero de cancros amydalianos, esistente em sua estatistica, não é o verdadeiro. Esta falsidade no numero destes cancros nas estatisticas é o resultado de ser esta lesão considerada, antigamente, muito pouco frequente e o clinico em sua presença não lhe attribuir uma etiologia syphilitica. E mais ainda. estes cancros revestem caracteres completamente differentes d'aquelles que se observam em outras regiões, e apresentam, mesmo entre si, aspectos muito diversos. Breck, fazendo um estudo sobre o cancro amygdaliano, proclamou o mais commum dos cancros extragenitaes.

Esta opinião é uma verdade para o paiz onde foi feito este estudo; lá, na Noruega, não é raro um bom numero de familias pobres servir-se com um só e mesmo utensilio de alimentação. Apezar de não haver esta facilidade de contagio, como ha na Noruega, não está longe o dia, em que haveremos de ler estatisticas de outros paizes collocando o cancro amygdaliano em primeiro logar, entre os cancros extragenitaes. Esta asserção tem sua razão de ser, pois a região amygda-

liana ou a amygdala, por si só, apresenta irregularidades em sua superficie, anfractuosidades que formam verdadeiros tanques de estagnação, onde a saliva carregada de treponemas, entrando sempre em contacto com elle pelos movimentos de deglutição, enchendo-os, espera que uma inflammação, muito commum e de facil realisação nesta região favoreça a infecção. Lemos em Fournier: a amygdala é uma especie de ninho para germinações microbianas. O cancro amygdaliano é frequente. O Dr. Duncan Bulkley cita alguns casos onde encontrou cancros bilateraes.

Elle occupa ordinariamente a superficie livre da amygdala. Extremamente pequeno, elles medem geralmente 5 a 6 millimetros de altura sobre uma largura mais ou menos igual. Ns amygdalas hypertrophiadas elles tomam uma dimensão muito maior. Frequentemente ovalar, são susceptiveis de innumeras variedades, de accordo com a forma da loja amygdaliana, a qual elles se amoldam. Dieulafoy descreve um polymorphismo nestes cancros, emquanto Fournier diz que elles absolutamente não são polymorphos e sim susceptiveis de formas objectivas diversas, pois que nenhuma differença existe entre estes e o cancro em geral, ou o cancro genital em particular; ellas não são differentes das modalidades que apresentam os cancros das outras regiões; o cancro, em outra qualquer região, pode tornar-se inflammatorio, caseoso, gangrenoso, etc.; n'amygdala, com maior numero de razões, estas modalidades podem realisar-se, em vista da particularidade de localisação.

Seja qual fôr a maneira pela qual se queira encarar essa questão, o cancro amygdaliano, sob qualquer maneira que se apresente, começa com uma dor local, dor anginosa, dor na garganta. A principio, esta dôr é quasi nulla, ou melhor, não é verdadeiramente, uma dôr, é um impecilio, um embaraço local, uma sensibilidade maior na garganta, no momento da deglutição. Em seguida, este impecilio, esta sensibilidade maior, augmenta em intensidade e torna-se uma dor verdadeira que impressiona de algum modo o clinico pela sua unilateralidade e que só por essa unilateralidade a ideia de angina, se é que veio á mente esta entidade morbida, deve serdes presada porque n'angina a dor se generalisa, attinge os dois lados da garganta.

Um segundo signal é a sua persistencia—a dor do cancro é persistente, dura diversas semanas, ao contrario das dores anginosas que são de pouca duração. Após este inicio, o doente consultando o seu medico, este comprovará um dos tres estados objectos geraes: cancro erosivo, ulceroso ou de forma anginosa.

I. Forma erosiva.—Das tres modalidades pelas quaes se revela o cancro amygdaliano, é esta amais frequente e a mais benigna. As perturbações funccionaes que ella produz são de pouca importancia, quasi sempre unicamente a dor na garganta. Por outro lado, os phenomenos objectivos são, por sua vez, tambem, de pouca importancia: a tumefacção é ligeira;—a vermelhidão regional é pouco accentuada ; — na superficie

da amygdala encontra-se uma erosão verdadeiramente benigna, superficial, pequena, variando as dimensões, tornando assim impossivel precisal-as;—de cor cinzenta, opalina ou vermelha cinzenta, etc.;— o fundo é liso e desigual, devido as irregularidades da superficie amygdaliana. Embora estes phenomenos não chamem a attenção do clinico existe um que salta aos olhos no dizer do professor Fournier, que o faz procurar a triade symptomatica (1) é a adenopathia. E' por esta adonopathia que o clinico, procurando a triade dos symptomas, encontra o endurecimento d'amygdala que não é facil averiguar, em vista de ser difficilmente accessivel esta região; aqui só se dispõe de um dedo, não se pode, como nos cancros das outras regiões, collocal-o entre os dedos e assim facilmente sentir o endurecimento de sua base. Pelo toque unidigital simplesmente sente-se uma resistencia que revela o seu endurecimento.

II. *Cancro de forma ulcerosa*—Menos frequente que a precedente, esta forma se caracterisa por uma ulcera, que apresenta a amygdala; ulcera chamada porque a lesão tem o aspecto ulcerativo, parecendo excavar o parenchyma do orgão. A sua profundidade é de impossivel averiguação real, pois o processo inflammatorio e as aufractuosidades que apresentam as amygdalas, illudem o mais fino observador. A sua extensão é de um centimetro, podendo ir a 2 ou 2 1/2 no maximo. Seu aspecto é de uma ferida vermelha, cin-

---

(1) Adenopathia, unilateralidade e endurecimento da base.

zenta, cinzenta amarellada ou, mais frequentemente, multicôr. Os seus bordos não são bem distinctos, pois, a orla, que enquadra a região amygdaliana, os mascara. O fundo, ainda que bem liso, não pode ser bem comprovado, devido as anfractuosidades da superficie amygdaliana. A dureza é notavel. A amygdala é fortemente renitente, apresentando alguns pontos que são mais particularmente duros ao tacto. O diagnostico desta forma ulcerativa é feito pelos tres signaes: extensão, aspecto e dureza. As perturbações funccionaes produzidas por esta forma são mais accentuadas que na forma precedente, e são: em primeiro logar, dôr anginosa com dysphagia muito notavel; em segundo, o augmento do volume d'amygdala que perturba a deglutição.

III. *Cancro de forma anginosa.*— Extremamente raro, menos frequente que os outros dois, o cancro de forma anginosa nada mais é que um cancro e uma amygdalite (Fournier). Alguns symptomas attestam a amygdalite, outros o cancro. Entre os symptomas que attestam a amygdalite encontramos:

1.º Symptomas objectivos — a amygdala é hypertrophiada, vermelha e dura. Sua hypertrophia é, algumas vezes, tão consideravel que se justapõe á uvula;

2.º symptomas funccionaes: — dor local muito accentuada, tendo como complemento a dysphagia e nauseas muito ligeiras em alguns casos;

3.º symptomas geraes: — mal estar, inappetencia, estado saburral e febre. A febre é quasi sempre notada

no inicio dos cancros amygdalianos sob qualquer forma que se âpresente. Em innumuras observações que lemos, notamos a presença da febre e o professor Dieulafoy chama a attenção para esta reacção organica, attribuindo-lhe um papel symptomatico neste cancro.

Entre os caracteres do cancro notamos, além da triade, a forma erosiva ou sub-ulcerosa, de tamanho pequeno, vermelho ou mascarado com um destes exudatos brancos ou cinzentos communs nas anginas vulgares.

A amygdalite quasi sempre precede o cancro, de maneira que o doente procura o medico para tratal-a e não o cancro. Este é positivamente apagado e parece figurar como uma lesão secundaria.

Esta forma constitue uma lesão mixta por combinação de amygdalite e cancro.

E' por uma destas tres formas precedentemente descriptas que se apresenta o cancro omygdaliano ao estudo clinico. Raramente observam-se mais duas formas, as quaes o professor Fournier chamou *variedades* e o professor Dieulafoy, reunindo-os ás tres, precedentemente descriptas, descreveu-as como as principaes formas pelas quaes se manifesta o *polymorpho* cancro amygdaliano. Estas duas variedades são:

1.º *Variedade diphteroide.*—A analogia reinante entre a falsa membrana e o exudato pseudo-membranoso que cobre o cancro amygdaliano nesta variedade, fez chamal-a *diphteroide*. Esta não é mais que um cancro sob uma das formas principaes, já descriptas,

coberto com um exudato, histologicamente não apresentando nada de especifico, cinzento, branco, etc., espesso, consistente, adherente por sua parte profunda tanto como nos bordos, constituindo uma sórte de pellicula que se destaca em retalhos.

2.º *Variedade gangrenosa.*—Mais rara que a precedente, a variedade gangrenosa é caracterisada pela presença na superficie do cancro de pequenas placas gangrenosas, caracterisadas, por sua vez, por sua coloração cinzenta ennegrecida óu mesmo negra e a fetidez especial de haleina.

Le Gendre, em sua celebre memoria sobre o cancro amygdaliano, cita um caso em que em um homem attingido de cancro amygdaliano notava-se em sua amygdala direita, além da tumefacção e endurecimento, uma placa negra, de aspecto gangrenoso, separada do resto d'amygdala por um sulco de eliminação cheio de pús. O diagnostico não sendo firmado, foi feita a ablacção d'amygdala, notando-se pouco tempo depois o apparecimento do periodo secundario, sendo feito então, posteriormente o seu diagnostico. Esta variedade é a que mais perturbações, quer locaes, quer geraes, traz ao doente. Entre as perturbações locaes, temos : a dor, a dysphagia, a alteração da voz e a tumefacção do isthmo da garganta, produzindo a axphyxia. Entre as perturbações geraes, temos: frio, febre, malestar geral, cephalalgia, adynamia, etc.

Agora que as tres formas principaes e as duas va-

riedades do professor Fournier estão descriptas, convém asssignalar que o professor Dieulafoy cita entre as manifestações pelas quaes se revela o polymorphismo do cancro amygdaliano, uma outra forma muito rara: a epitheliomatosa.

Diagnostico. — Os cancros extra-genitaes, diz Audrain, são raramente diagnosticados. Esta opinião, se bem que um pouco exagerada, tem sua razão de ser, no cancro amygdaliano. Essa difficuldade, no seu diagnostico, é mantida pela manobra difficil do tocar amygdaliano; a profundidade em que está collocado este orgão na cavidade buccal; não se poder collocal-o entre os dedos para fazer salientar o cancro, se existe, e averiguar o endurecimento da sua base, são verdadeiras barreiras que impedem o seu diagnostico. Apezar de toda esta difficuldade que se encontra para a averiguação do endurecimento da base do cancro, ha um processo pelo qual, se poee averigual-o ou, ao menos presumil-o: é o toque monodigital. Por este processo que é feito com um só dedo, conforme seu nome indica, averigua-se o endurecimento de toda amygdala; este endurecimento é revelado pela resistencia que esta apresenta á polpa digital. E' conveniente que quando se praticar o toque n'amygdala, se o pratique tambem n'amygdala opposta, afim de estabelecer uma comparação.

O diagnostico do cancro amygdaliano, em si, é feito, dês que o clinico tenha em mente a possibilidade da syphilis, em presença de uma lesão amygdaliana

por meio da adenopathia, endurecimento da base e unilateralidade da lesão.

São estes tres signaes que constituem a triade symptomatica. Estudemos cada um destes signaes.

1.º *Adenopathia.*—A adenopathia deste cancro se faz na parte lateral do pescoço, geralmente do lado em que está situada o lesão. A disposição que tomam os ganglios cervicaes é a mesma que tomam nos cancros dos pilares.

2.º *Endurecimento da base.*—Signal muito precioso; nem sempre constante e apreciavel, conforme vimos mais acima, porém a sua existencia e averiguação firmam o diagnostico. O endurecimento não desapparece com a cicatrisação.

Unilateralidade da lesão. — A unilateralidade só por si distingue o cancro de todas as outras affecções gutturaes com participação d'amygdala.

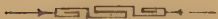
Apezar de ser regra geral a unilateralidade da lesão no cancro especifico, ha observações que relatam um cancro em cada amygdala,

Julien publicou na *Presse medicale* a observação de uma jovem portadora de um cancro ulceroso em cada amygdala com pleiade ganglionar bilateral. Com estes tres signaes que são pantognomonicos podemos firmar o seu diagnostico que tão bom numero de syphilis ignorada ou *decapitada* faz figurar nas diversas estatisticas.

Cancro do pharynge.—Raramente observado conforme attestam as estatisticas, o cancro pharyngéo não apresenta particalaridade alguma. O seu endure-

cimento alliado á adenopathia, representante do classico bubão satellite, firmam o diagnostico.

O aspecto da lesão em si, em nada chama a attenção do clinico. O endurecimento aqui é mais difficil de ser averiguado que no cancro amygdaliano; é o processo monodigital que vem trazer algum esclarecimento a seu respeito. A adenopathia é mais accentuada para o lado da lesão; a cadeia ganglionar não é observada.

O professor Fournier cita um caso em que o cancro achava-se situado na parte mediana da parede posterior do pharynge, e um pouco acima do nivel da uvula, com a adenopathia bilateral.

CAPITULO II

Accidentes secundarios

Antes de entrarmos na descripção dos differentes aspectos que podem apresentar as placas mucosas, convém que assignalemos uma especie de angina syphilitica erythematosa, muito bem descripta por Benoist; em sua these inaugural, e assignalada por Dieulafoy. Essa angina é caracterisada por um erythema diffuso ou circumscripto que occupa o véo palatino, os pilares e as amygdalas, de côr vermelha bem carregada, provocando sempre dysphagia e alteração da vóz. Essa alteração na vòz é produzida pelo erythema syphilitico do larynge que acompanha o erythema do pharynge. Essa angina não implica a existencia de placas mucosas.

Diz o Dr. Marinho: «as manifestações secundarias se apresentam em seu inicio sob a forma de um erythema, cujo vermelho escuro occupa com accentuada predilecção o véo do paladar. pilares anteriores e amygdalas. Esta manifestação nada tem de caracteristica. Sua confusão com a angina catarrhal no periodo

inicial erythematoso é admissivel mesmo aos mais experimentados. Dois indicios, no emtanto, permittem ao juizo clinico a hypothese da syphilis: a longa duração do erythema e a sua côr. Tão importante é o primeiro facto, que a observação clinica é unanime em ter por suspeita toda a angina catarrhal aguda, cuja duração vá além de tres semanas. E o vermelho vivo e brilhante das anginas não syphiliticas torna-se nestas mais sombrio e mate, ainda carregado de certo tom azul escuro como que vindo de ligeira asphyxia dos capillares superficiaes. Este matiz melhor se deixa perceber reflectindo a luz directa solar, do que empregando á artificial ordinariamente usada pela laryngologia. Outro signal de probabilidade de ser o erythema especifico é a sua delimitação quasi brusca com a porção circumvisinha da mucosa sã. E' duvidosa ou mesmo negativa a anamnése, bastam no emtanto aquelles signaes para se insistir na probabilidade de syphilis e pedir ao laboratorio a maior segurança de seus exames. »

Após o ligeiro esboço do erythema descripto por Benoist como manifestação da syphilis nessa região, e do erythema descripto por J. Marinho, acreditamos ser o erythema de um, o mesmo do outro e que nada haja de especifico neste erythema, isto é, que elle não constitúa por si só a manifestação secundaria e sim o inicio das placas mucosas que serão descriptas mais adiante. Tonto assim é, que Benoist diz que elle não implica a existencia de placas mucosas, e J. Marinho diz: « essa forma inicial dos accidentes

secundarios para quasi sempre despercebida e quando o doente chega ao medico já as lesões vão mais avançadas. Observam-se então as papulas, saliencias arredondadas ou ovalares, que se levantam do fundo oscuro do erythema, que ainda persiste. Limitadas por uma aureola vermelha, essa circumstancia, ainda mais realça a pallidez de sua parte central. Muito pouco tempo, porém permanecem neste estado. Pela parte central, que já vimos descorada, logo começa a mortificação epithelial e as papulas muito em breve confluem. O epithelio macerado ainda adherente aos tecidos subjacentes, destaca-se em manchas, de coloração acizentada de perola; tão caracteristica, que basta uma vez com cuidado tel-as observado, para na primeira opportunidade reconhecer as tão conhecidas e nomeadas placas ou papulas mucosas, placas opalinas, syphilides mucosas. Neste periodo se caracterisam tambem pela persistencia e rebeldia ao tratamento e, mais ou menos apagadas, levam mezes a desapparecer. Não raro, por isso, tornam-se contemporaneas das manifestações terciarias.» Esse erythema acabamos de descrever constitue para nós o campo da téla onde se vão desenhar as placas mucosas que passamos a descrever.

As placas mucosas, tambem chamadas syphilides mucosas, apresentam-se na região palato-pharyngéa sem distincção das syphilides que se observam em outras mucosas. Ellas apresentam-se sob quatro typos, assim denominados:

1.º Placa mucosa erosiva;

2.º Placa mucosa papulo-erosiva;
3.º Placa mucosa papulo-hypertrophica;
4.º Placa mucosa ulcerosa.

1.º typo—Placa mucosa erosiva. — Entre os quatro typos acima denominados é este o mais frequente na região palato-pharyngéa. A lesão que a caracterisa é uma simples erosão superficial e circumscripta da derme mucosa, pequena medindo em superficie de alguns millimetros a um centimetro quadrado, chata, de forma arredondada, ovalar, alongada, eliptica, etc., sem bordos sallientes, fundo liso, base flexivel, sem engorgitamento inflammatorio, parecendo depositada nos tecidos sãos, coloração frequentemente vermelha distinguindo-se do tecido circumvisinho.

2.º typo—Placa papulo erosiva.—Menos frequente que o precedente, este typo tem os mesmos caracteres, com a differença porém que aqui a lesão é saliente, é uma syphilide erosiva saliente, Esta saliencia manifesta-se por dois modos: um, em que uma parte dessa lesão faz saliencia; outra em que toda lesão salienta-se dos tecidos visinhos sãos.

3.º typo—Placa papula hypertrophica.—Raro, extremamente raro, este typo é simplesmente, uma exageração do precedente, apresentando-se sob a forma de grossas papulas vegetantes, fazendo uma saliencia de 2 ou 3 millimetros. Esta saliencia é frequentemente multipla, constituindo verdadeiras *nappes* mucosas irregularmente contornada e percorridas em sua superficie por sulcos ulcerosos. O seu apparecimento é successivo a diversos outros typos de placas não tra-

tadas e irritadas, em geral, pelo fumo; elle não é primitivo.

4.º typo — Placas ulcerosas. — Muito frequente, a mais frequente após o primeiro typo. A lesão é caracterisada por uma simples erosão e por uma verdadera ulceração, que traz sempre confusão com as ulcerações terciarias, porém, o seu diagnostico differencial se faz, em primeiro logar, porque ella é muito menos excavante que esta ultima; em segundo, porque ella não é acompanhada de infiltrações duras, constituindo uma sorte de atmosphera neoplasica. E' a mais importante das placas, ainda bem que a menos destruidora; entre todos é aquella que tem physionomia menos propria. A lesão é pequena, arredondada ou ovalar, outras vezes irregular em configuração como acontece quando ella tem por séde os pilares, de côr vermelha ou cinzenta.

São estes os quatro typos pelos quaes manifesta-se a syphilis secundaria na região palato-pharyngéa. Ainda bem que estes typos sejam susceptiveis de modificações multiplas e de diversos generos, pelo menos elles representam os quatro typos genericos, pelos quaes se modélam todas as syphilides ou placas palato-pharyngéas. As modificações que ellas podem apresentar são todas relativas ao numero, extensão, aspecto, perturbações funccionaes, etc.

Geralmente estas placas são unicas porém não é raro observar-se mais de uma e, uma vez assim succedendo, ellas unem-se por meio do phenomeno de coa-

lescencia, formando uma só, maior que as frequentemente observadas, explicando assim o modo pelo qual, em geral, realisa-se a variedade quanto a extensão. E' por meio desta coalescencia que o isthmo da garganta pode ser invadido por uma *nappe* mucosa que partindo de uma amygdala, descrevendo um semicirculo, vae ter a amygdala do lado opposto, seguindo os pilares, o bordo livre do véo polatino e a uvula; algumas vezes o circulo pode ser completado por placas existentes na base da lingua,

Quanto a variedade de aspecto a placa mucosa geralmente vermelha, passa a ser cinzenta e depois passará a ser branca por uma escala progressiva onde todos os tons intermediarios teem seus representantes. Não é raro observar-se uma placa d'amygdala completamente vermelha em sua peripheria e cinzenta em seu centro.

Entre as variedades de aspecto, a placa mucosa pode apresentar-se com o aspecto de uma lesão diphterica. Esta variedade é mais frequente na região amygdaliana onde a bilateralidade da lesão é a regra. A identidade objectiva desta falsa diphteria é attestada pela exudação pseudo-membranosas branca ou branca acizentada, situada nas amygdalas que se acham tumefeitas e sobre as partes visinhas dos pilares, esta exudação é adherente, e ao lado destes signaes, encontra-se, como na diphteria, engorgitamento periphangéo e sub-maxillares. O clinico em presença de uma variedade desta natureza não pode estabelecer o diagnostico verdadeiro, porque, quanto aos sympto-

mas quer geraes, quer locaes, a verdadeira diphteria impõe-se. A verdade deve ser procurada na bacteriologia que affirmará se existe ou não o bacillo de Lœffler.

As perturbações funccionaes provocadas pelas placas mucosas são de tres ordens: 1.º phenomenos dolorosos, variaveis desde o impecilio local até a dòr verdadeira; 2.º exageração reflexa da salivação; 3.º perturbações funccionaes da mastigação, deglutição e palavra.

Ha desigualdade no valor desses tres phenomenos, isto é, em cada doente elles manifestam-se mais, ou menos accentuados, e tanto assim é que um doente queixa-se verdadeiramente de placas mucosas, emquanto que outro nem a percebe.

Essas differenças na expressão clinica de uma mesma ordem de lesões têm geralmente sua explicação nas condicções materiaes, dependente da séde, numero, extensão, modalidade phleugmasica ou aphleugmasica, complicações que podem se ajuntar, incuria buccal, excitações superajuntadas etc. E' rarissimo que no curso do periodo secundario os doentes não soffram uma ou mais vezes da garganta, e este soffrimento é quasi invariavelmente o resultado das syphilides mucosas da região palato-pharyngéa. As mais communs das lesões secundarias da região palato-pharingéa, são aquelles que se desenvolvem na região amygdaliana, isto é, no espaço triangular existente entre os dois pilares do véo, onde se acha collocada a amygdala.

Diz Fournier que a região amygdaliana è o foco por excellencia das syphilides. Em vista desta acertada opinião, os clinicos, que têm a seu cuidado um syphilitico, devem sempre ter em vigilancia a garganta do seu cliente. A forma mais habitual pela qual se manifesta a syphilides na região palato-pharyngéa é a erosiva com sua variedade no aspecto, isto é, sua côr opalina.

Estas lesões determinam um impecilio e não uma dôr verdadeira na garganta.

Frequentemente quando não são irritadas pelo fumo, ellas são bastante indolentes, passam despercebidas, tornam-se ignoradas. Ha casos em que se traduzem pelos phenomenos communs de todas as anginas: calor da garganta, sensação incommoda de secura, difficuldade na deglutição, dores mais sensiveis na deglutição da saliva que na dos alimentos, etc. Alguns auctores querem que estes phenomenos soffram uma recrudescencia durante a noite, porém esta asserção é simplesmente theorica. As placas mucosas geralmente são acompanhadas por adenopathia dos ganglios situados na visinhança das amygdalas. Ainda bem que as placas mucosas sejam differentes, conforme occupam uma ou outra séde, ellas approximam-se por um certo numero de caracteres que passamos a descrever:

1.º Pouco dolorosas em geral, especialmente em seu principio, as placas da garganta não deixam de determinar um certo impecilio, um verdadeiro soffrimento, quando são desprezadas ou irritadas por uma

causa qualquer (máo estado da bocca ou dos dentes, alcool, fumo, etc.) Ellas são acompanhadas por um phenomeno commum a todas as inflammações buccaes —a salivação. Esta salivação é muito differente da produzida pela estomatite mercurial, consiste simplesmente em uma certa exageração da secreção salivar: é a necesidade de cumprir mais frequentemente.

2.º Todas ellas são essencialmente benignas, em alguns casos podem ser rebeldes, durar muito tempo, porém, em summa, terminam sempre pela cura e sem deixar traços de sua passagem.

3.º Ellas apresentam, pelo menos a maior parte uma faculdade surprehendente de recidiva, Ha doentes que soffrem tres, quatro, cinco, dez, ou mais recidivas.

4.º Ellas são susceptiveis de affectar tal ou qual variedade deste typo, tão caro ás syphilides, o typo ciscinal: encontram-se circulares, semi-circulares, annulares, semi-annulares, etc. Rarissimas vezes, attingem a parede posterior do pharynge, e por isto se tem dito: *os pilares do véo palatino são as columnas de Hercules da placa mucosa.* Esta bizarreria tem sua razão de ser, porque a parede posterior do pharynge é um verdadeiro fóco de predilecção para os accidentes terciarios. As raras lesões secundarias que se observam nesta parede consistem em erosões limitadas, chatas, ligeiramente papulosas, ou em ulcerações, um pouco excavadas, atacando a derme mucosa. Uma particularidade se reune a estes accidentes: quando as

syphilides pharyngéanas sedificam-se em um ponto visinho da Tromba de Eustachio, tornam-se, por vezes, a origem de perturbações mais ou menos accentuadas da audicção.

Fazendo parte de uma das raridades que é possivel apresentar-se ao estudo clinico, passaremos a descrever uma observação por nós colhida no Hospital Santa Izabel, na clinica oto-rhino-laryngologica:

M. C.... 23 annos, apresentou-se á clinica em fins do mez de Junho do corrente anno. Queixava-se a doente de uma dôr na garganta que não tinha cedido aos innumeros remedios por ella uzados. Esta dôr, dizia ella, não é propriamente uma dôr, eu não sei bem explicar o que sinto, sei que não posso engulir direito, sinto uma qualquer cousa na garganta que me encommoda quando engulo.

Pelo exame feito na garganta da nossa doente, foi observada uma lesão, medindo um centimetro quadrado, de forma mais ou menos arredondada, chata, sem bordos sallientes, de côr opalina, parecendo uma pastilha depositada na parede posterior do pharynge. O véo palatino em sua posição normal, quasi que não deixava observal-a, sendo visivel somente um ponto opalino em cada vertice do angulo formado pela união dos pilares á base da uvula. Pela sua elevação observava-se bem nitidamente os seus dois terços inferiores. Queixava-se ainda mais a observada, de constante cephalalgia e rheumatismo que começava attacar-lhe. Pelo interrogatorio, confessou ter tido cancro acompanhado de bubão. De par com

estes elementos e auxiliado ainda pela palpação no pescoço, onde foi encontrado engorgitamento ganglionar, o diagnostico de placa mucosa da parede posterior do pharynge impoz-se.

Diagnostico.—A placa mucosa, em si, não apresenta signal algum que lhe seja caracteristico. Apezar desta asserção, duas das suas principaes formas apresentam uma physionomia, senão caracteristica ao menos, um pouco particular, a saber:

1.º Na forma papulosa, o seu contorno orbicular e sua superficie convexa, constitue uma verdadeira pastilha depositada no tegumento mucoso. Esta configuração em pastilha é quasi propria e se pode dizer sem exageração que toda lesão apresentando este aspecto deve ser considerada suspeita.

2.º Sua forma em segmento de annel. Esta forma apezar de não ser propria a syphilis, lhe é muito commum.

O seu diagnostico é feito por meio do interrogatorio, dos caracteres que acima descrevemos, dos accidentes contemporaneos da syphilis ou, em falta destes, pelos signaes de anamnése relativos á syphilis. Se o exame não revela nada de suspeito, em uma segunda alternativa, o diagnostico será feito por meio do diagnostico differencial.

Ha uma multidão de affecções que podem estabelecer confusão com a placa mucosa. Estudemos detalhadamente.

1.º *Erosão simples.*—Estas lesões podem simular a placa em sua forma erosiva.

A differença existente entre as duas lesões, tão differentes em sua etiologia, é a seguinte:

PLACA MUCOSA	EROSÃO SIMPLES
Pequena ou media	Muito pequena
Regular e arredondada	Irregular
Mais ou menos persistente	Durando poucos dias
Tumefacção ganglionar	Sem tumefacção

2.º *Herpes buccal.*—A herpes buccal, não a accidental, que se produz somente uma vez e sim a herpes recidivante, pode, trazer confusão com as placas mucosas. Esta confusão é augmentada pela sua communidade com uma affecção especial, como a syphilis.

Pode-se dizer que na proporção de 95 % a herpes acompanha a syphlis. Quasi invariavelmente é no curso do periodo secundario onde ella começa a apparecer, isto é, se a observa em individuos portadores de syphilis a um, dois, tres, quatro ou mais annos, por consequencia na época em que as syphilides mucosas iniciam ou terminam a sua evolução. A herpes quasi sempre a succede constituindo, por assim dizer, um verdadeiro accidente meta-syphilitico. Ella é mais

dolorosa, mais excitante, mais irritante que a placa. As lesões herpeticas são muito pequenas, do tamanho da cabeça de um alfinete; esta lesão começa por um processo vesiculoso ao passo que a placa mucosa não deriva de uma vesicula.

Aphta — A aphta se distingue das placas mucosas pelos seguintes dados.

PLACA MUCOSA	APHTA
Não ha orbicularidade perfeita	Orbicularidade perfeita
Completamente chata	Salliencia no centro de sua circumferencia.
Vermelha ou cinzenta	Côr amarella
Sem aureola	Aureola vermelha
Pouco dolorosa	Dolorosa

4.° *Hydroa buccal.*—A hydroa buccal é a molestia que maior confusão traz ao diagnostico da placa mucosa palato-pharyngéa. A semelhança entre as duas lesões é a maior possivel.

Quando nova, a hydroa pode ser reconhecida por tres caracteres que são:

1.º Ella é mais vermelha, mais inflammatoria que a placa mucosa. Este aspecto inflammatorio dura alguns dias, attenuando-se depois;

2.º Ella pode apresentar em sua circumferencia um verdadeiro collar pseudo-membranoso, formado por fragmentos não destacados da expoliação epithelial constituinte da vesiculação hydroica.

Por menor que seja esta franja membranosa que envolve a erosão, sua significação é sempre de grande valor porque ella attesta um processo vesiculo anterior, o qual é um estado necessario da evolução hydroica, emquanto que a placa mucosa nada tem de semelhante.

3.º Ao seu lado se encontram sempre outros elementos hydroicos no estado de vesiculação nascente, com o epithelio ainda distendido ou no estado de vesiculação secca.

Esses elementos hydroicos servem de testemunhos por attestar a qualidade hydroica das erosões visinhas.

Quando a hydroa está mais velha o diagnostico se faz sobre outra base, que é, na ausencia de qualquer dado semeiologico fornecido pela objectividade das lesões a averiguação se o seu, portador é ou não syphilitico.

Lesões mercuriaes. — Independente do seu typo agudo e classico a estomatite mercurial, traduz-se por lesões que se podem confundir com as syphilides palato-pharyngéas, apezar daquellas se localisarem muito raramente nesta região. Uma vez esta localisação realisada, ellas se distinguem das syphilides pelo acom-

panhamento que tem sempre as lesões mercuriaes de outros da mesma natureza situados nas gengivas, notevelmente ao nivel dos incisivos inferiores ou atraz do ultimo molar inferior. Dois outros symptomas as distinguem tambem: a fetidez accentuada de haleina a e melhora immediata que segue á suspensão do tratamento mercurial.

Ulcera tuberculosa. — As ulceras tuberculosas se distinguem das syphilides pelos seguintes caracteres:

TUBERCULOSE	SYPHILIS
Antecedentes ou signaes actuaes de tuberculose	Antecedentes ou signaes actuaes da syphilis
Extensão notavel	Pequena
Contorno irregular	Mais ou menos regular
Bordos geralmente sallientes	Sem bordos sallientes
Fundo desigual, accidentado e amarello	Fundo igual, liso e frequentemente vermelho
Perturbações funccionaes intensas. Dores insupportaveis.	Perturbações ligeiras. Pouco dolorosas.
Pontos amarellos de Trélat	——
Innoculação aos animaes determinando tuberculose	——

Certos auctores têm descripto como manifestação secundaria da syphilis palato-pharyngéa uma dysphagia com ou sem lesão apparente. Na moioria dos casos ella acha sua expliceção na presença de placas localisadaas no isthmo da garganta; em outros porém, ella existe e persiste de uma maneira propria, essencial e independente de qualquer erosão ou ulceração da garganta.

No primeiro caso, ella desapparece após a cauterisação e a cura das placas; no segundo, os doentes se queixam de dor na garganta sem que o exame objectivo alguma cousa evidencie a seu respeito.

Esta dysphagia sem lesão (pelo menos apparentemente) é ligeira e consiste antes em um simples embaraço da garganta, que em uma verdadeira dor. Ella é muito sujeita a recidivas podendo, com intervallos de remissão e intermissão, prolongar-se diversos mezes. Differentemente interpretada, alguns querem que ella tenha por causa a syphilides larvada se dissimulando na face nasal do vèo palatino; ou, a hypertrophia amygdaliana chronica. Outros querem-n'a como resultante de uma myodmia, per lesões do apparelho lymphogeno que envolve o isthmo da garganta.

Augneur et Gallois dizem que esta dysphagia, tem como causa uma hypertrophia d'amygdala lingual: em 38 individuos affectados do symptoma em questão, dizem elles, nós temos notado uma lesão que consideramos como causa directa desta dysphagia.

Atraz do V lingual em uma pequena região de fórma quadrilatera se extendendo do V lingual a face

anterior da epiglotte encontramos uma salliencia de volume variavel segundo os casos.

Ordinariamente, a tumefacção tem o volume de uma amendoa de grande diametro antero-posterior, situada exactamente na linha mediana, de côr vermelha escura, differente da côr dos tecidos visinhos. A superficie é quasi translucida e edemaciada. Algumas vezes em logar de uma superficie homogenea, uniformemente tumefeita se encontra uma serie de salliencias vermelhas, algumas isoladas e outras agglomeradas.

Para Garet, Carbonnier e Jourdanat toda dysphagia persistindo mais de tres semanas, não explicave pela tuberculose, calculos amygdalianos, etc., é um signal quasi certo de syphilis. Nós de nossa parte não tivemos um só caso onde fosse observada essa dyphagia como a unica manifestação syphilitica de ordem secundaria.

Real é que em alguns dos nossos doentes foi observada uma certa dysphagia tendo (pelo menos é de crer) como causa a lesão de que era portador. Absolutamente não queremos negal-a, acreditamos até que essa dysphagia por nós observada em doentes portadores de lesões não seja simplesmente produzidas por ellas, seja mesmo a dysphagia descripta como manifestação secundaria; queremos simplesmente dizer que durante o nosso estudo clinico sobre o assumpto de nossa these não observamos um só caso em que essa dysphagia existisse de uma maneira propria, essencial e independente de qualquer erosão ou ulceração da garganta.

CAPITULO III

Accidentes terciarios

As lesões que constituem este periodo na região palato-pharyngéa serão estudadas neste capitulo separadamente.

Em primeiro logar estudaremos as que têm por séde a abobada palatina, véo e pilares, em segundo logar as que occupam as amygdalas e em terceiro e ultimo as que se localisam no pharynge propriamente dito.

Região palatina. — As lesões de ordem terciarias se manifestam na região palatina por syphilides gommosas ulceradas, por infiltrações seccas não ulcerativas constituidas por uma verdadeira syphilides tuberculosa secca ou por uma syphilomatose hypertrophica e por gommas.

As *syphilides gommosas* d abobada e do véo palatino consistem em ulcerações consecutivas a infiltrações especificas da mucosa tendo a dimensão, em geral, pequena, podendo porém attingir 2 a 3 centimetros de extensão para 1 centimetro de largura. Ellas

são mais ou menos excavantes, compromettendo verdadeiramente, algumas vezes, a região palatina, com bordos de elevação variaveis conforme são profundas ou superficiaes, fundo amarello, cincento ou vermelho, possuindo algumas vezes pseudo-membranas, de forma arredondada ou ovalar, ou, na maioria dos casos, irregular, possuindo uma aureola vermelha que a limita muito bem dos tecidos sãos. Quando multiplas ellas affectam sempre a modalidade circinal. As perturbações funccionaes são mais ou menos notadas. Em vista das funcções exercidas pelo orgão attingido, ellas provocam um impecilio local que se traduz pela sensibilidade de coceira e seccura na garganta, difficuldade da mastigação e deglutição, os alimentos quando acidos ou muito quentes provocam uma certa dor, finalmente a hyper-secreção salivar traduzindo-se pela necessidade frequente de cuspir.

Em alguns casos estes symptomos são absolutamente nullos, ellas tornam-se latentes, ignoradas por completo pelo seu portador. Não tratadas e excitadas estas syphilides persistem, tornando-se estacionarios ou se estendendo: não tendem nunca a cura expontanea.

Quando tratadas cicatrisam sem deixar signal de sua passagem. Após sua cicatrisação elles podem recidivar ou no logar primitivo ou em torno deste mesmo logar.

Raramente pelo seu processo evolutivo ellas produzem a perfuração da região, podem sim, tornando-se phagedenicas, invadir uma porção d'abobada, ex-

caval-a muito profundamente e determinar vivas dôres.

Infiltrações seccas não ulcerativas. — As infiltrações seccas não ulcerativas são constituidas, conforme já vimos mais acima, ou por syphilides tuberculosas seccas ou por uma syphilomatose hypertrophica.

1.º *Syphilides tuberculosas seccas.*—As syphilides tuberculosas seccas são caracterisadas por uma *nappe* salliente de côr vermelha acinzentada, constituida por uma confluencia de tuberculos juxta postos, de volume desigual, hemisphericos indemnes de erosões e separados um do outro por sulcos mais ou menos profundos, completamente isentos de symptomas verdadeiros e de perturbações funccionaes. Ellas nascem e evoluem sem dôr, sem reacção local, sem irradiação notavel sobre o systema ganglionar, não causam impecilio nem mal estar local, somente uma exageração da secreção salivar e um embaraço pequeno da deglutição constituem a perturbação organica.

Como particularidade interessante o professor Fournier assignala a co-existencia muito frequente de outras manifestações da mesma natureza em outras regiões da bocca.

2.º *Syphilomatose hypertrophica.*—A syphilomatose hypertrophica constitue uma hyperplasia, uma sorte de infiltração massiça dos tecidos.

A abobada palatina é o seu ponto de predilecção, podendo, raramente, ser observada na uvula. Esta

lesão é constituida por um tumor existente n'abobada palatina, mascarando a concavidade desta e situado entre a sua parede ossea e camada mucosa; em alguns casos a concavidade da abobada é tornada um plano horisontal. Pela palpação se percebe uma sensação de resistencia, denunciando um verdadeiro neoplasma. A superficie desse tumor é intacta, indemne de ulcerações e dos quatro signaes que assignalam a inflammação (dòr, calor, rubor, tumor). Apezar do seu volume esta syphilomatose não produz perturbações funccionaes alarmantes: a perturbação funccional existente è puramente mechanica. Sua evolução é torpida e chronica. O aspecto de sua superficie pode ser de dois modos: em uma, a mucosa é simplesmente percorrida por sulcos que lobulam a massa neoplasica; em outro, ella é cheia de uma sorte de pequenas salliencias, podendo estas tornarem-se regularmente volumosas. Raramente elle pode ser bilobulado.

Gommas do véo palatino:—As gommas observadas no véo pelatino são de duas formas: uma, a circumscripta ou nodolar, é um verdadeiro *tumor;* a outra, a forma diffusa, consiste em uma simples tumefacção, uma infiltração mais ou menos diffusa do véo. Estudemos cada uma por sua vez.

1.º *Forma circumscripta ou nodular*.—Rara, consiste em uma nodosidade solida, aphleugmasica, indolente, fazenda um certo relevo sobre a superficie do véo. Após seu inicio que passa sempre despercebido e despresado pelo doente, ella evolue a maneira de todas producções gommosas, se amollecendo, ulce-

rando-se e affectando todos os caracteres da ulceração gommosa.

2.º *Forma diffusa.*—Esta forma constitue o que se chama gomma do véo propriamente dito. Muito commum, consiste em uma tumefacção mal limitada, muito variavel em extensão. Passemos a estudal-a conforme seus periodos.

1.º Periodo—*Infiltração*—No primeiro periodo que é o da infiltração a lesão se accusa por um estado morbido em que o véo se apresenta deformado, vermelho, duro e immovel. A immobilidade do véo é observada senão em totalidade, ao menos parcialmente na extensão occupada pela infiltração. Em seu tecido não existe tumor, é o seu proprio tecido que se tumefaz, é elle mesmo, como diz o professor Fournier, que faz o tumor; é um tumor que tem desapparecido ou por irrádiação do infiltracto ou por engorgitamento inflammatorio peripherico.

Clinicamente a gomma nada mais é que o véo augmentado de volume, infiltrado ou parecendo infiltrado em massa sobre uma porção mais ou menos extensa. Após vem o amollecimento intersticial que se traduz por dois phenomenos: o augmento, exageração mesmo do volume do véo que se projecta para deante e diminuição da resistencia das partes attingidas que se tornam pastosas, se amollecendo sensivelmente.

Quanto as perturbações funccionaes existentes no primeiro periodo, existe um ponto que Fournier chama attenção e que nós, de pleno accordo com o seu dizer, o assignalamos: é a ausencia de perturbações geraes

annunciando ou acompanhando a evolução da infiltração gommosa do véo palatino.

E' bem verdade que nos casos malignos de phagedenismo, onde as lesões affectam uma marcha superaguda se produz uma perturbação geral do organismo, caracterisada por um estado febril, mal estar, inappetencia, etc., mas as gommas do véo, geralmente evoluem sem alteração de ordem geral.

As perturbações locaes são ao contrario, frequentemente observadas, A principio, as gommas do véo são pouco dolorosas; é um simples impecilio, uma dôr da garganta tão diminuta que quasi sempre a sua existencia não faz soffrer o seu portador.

Como perturbações funccionaes locaes encontraremos: modificação ligeira da voz, embaraço na deglutição dos alimentos principalmente dos liquidos, e, algumas vezes, refluxo nazal das bebidas, explicavel pela rigidez observada no véo quando interessado em uma grande extensão. Eis o que se observa.

Estas perturbações são em numero tão pequeno, produzem um soffrimento tão inferior ao produzido pelas ligeiras anginas, que o doente ficará deveras surpreso quando se lhe fizer ver a existência da ulceração.

Esta maneira de evolução tão insidiosa deve constituir um verdadeiro symptoma para o seu diagnostico.

2.° Periodo—*Ulceração*—A gomma do véo palatino, de accordo com a evolução geral das gommas, se amollece e abre em um ponto constituindo o periodo

de ulceração. Deixando de parte a occasião em que ella pode se ulcerar, gomma abre-se geralmente sem dôr e se alarga quasi immediatamente, occupando, após um certo tempo, toda extensão, da região onde existia a infiltração Após esta ulceração por dois processos se realisa a sua evolução: ou o véo fica em estado integral, ou é destruido em toda sua espessura, perfurando-se. Quando o processo gommoso evolue sem perfurar o véo palatino se observa uma perda de substancia exclusivamente da face anterior, emquanto que a face posterior vae constituir o fundo da lesão que tem a verdadeira physionomia da ulcera gommosa.

Neste estado a ulcera se apresenta com bordos de côr vermelha constituindo uma verdadeira aureola, duros e talhados a pic; seu fundo é amarello, cremoso e formado por tecido gommoso degenerado no estado de escara. Quando tratada esta ulcera se repara e cicatrisa, porém no caso contrario, quando fica entregue a si mesma, se realisa então o processo de evolução natural—a perfuração.

Aqui se observa não mais a excavação tendo um fundo constituido pela face posterior e sim a destruição de parte a parte, é uma ulceração em que o fundo faz falta. Si este processo se realisa na parte central ou em sua proximidade encontraremos um verdadeiro buraco, uma perfuração limitada pelas partes sãs. Após a evolução dos periodos precedentemente descriptos em que a infiltração gommosa passa ao estado

de ulcera, um outro periodo se realisa: a evolução terminal.

Por quatro formas distinctas se terminam as ulcerações gommosas do véo palatino: chanfradura marginal do véo, perfuração, divisão em *cortina arregaçada* e destruição completa ou incompleta do véo.

Chanfradura marginal.—Por este meio se terminam as lesões que se localisam nas partes periphericas do véo (pilares, arcada e uvula). Não é raro se observar a separação da uvula do véo em razão da localisação de lesão em sua base e neste caso a cicatrisação se faz tomando o bordo posterior do véo a forma de uma arcada simples de concavidade anterior.

Perfuração.—A perfuração propriamente dita é a a mutilação que consiste em uma perda de substancia entalhada na area do véo (Fournier).

Esta mutilação é constituida por um buraco frequentemente de forma arredondada, ou, algumas vezes, ovalar, de dimensão muito variavel, geralmente unico podendo raramente ser multiplo.

Divisão em cortina arregaçada. —Esta fórma é constituida pela divisão do véo palatino em dous retalhos no sentido vertical. Ella se realisa pelo seguinte mechanismo: quando uma infiltração gommosa occupa as partes centraes do véo, de diante para traz, estas mesmas partes, sendo destruidas pela ulceração gommosa, dividem-se em dous retalhos lateraes. Adherentes por sua base ao paladar osseo ellas affastam-se por suas partes inferiores.

Sendo a uvula conservada, se a observação presa

a um dos retalhos constituindo uma especie de apendice.

Destruição completa e incompleta do véo.—Não é raro se observar uma destruição proporcional do véo após a evolução dos processos precedentemente descriptos. Neste caso se acha mutilado completa ou incompletamente e os pilares ficando intactos, pelo menos parcialmente, retrahem-se para as partes lateraes do pharynge e confundindo-se com elles desapparecem. Em alguns casos a destruição é completa.

Diagnostico.—A gomma do véo palatino se bem que seja uma lesão que examinada com algum criterio não deixe duvida sobre a sua natureza merece que alguns pontos relativos ao diagnostico differencial entre ellas e algumas lesões que possam trazer confusão sejam elucidadas.

1.º A *angina simples* que raramente poderá trazer confusão, merece, para bem da humanidade, afim de que uma gomma não seja diagnosticada por angina simples, que lhe façamos um quadro relativo ao seu diagnostico differencial com a syphilis:

ANGINA SIMPLES	GOMMA DO VÉO
Por mais ligeira que seja determina uma perturbação da saude traduzindo-se por febre, inappetencie, etc.	Principalmente em seu inicio não ha perturbações geraes.
Dor notavel	Ligeiramente dolorosa
Ganglios tumefeitos, duros e dolorosos	Não ha tumefacção ganglionar
Evolução aguda com phenomenos de ordem inflammatoria	Evolução fria aphleugmasica
Sem antecedentes syphiliticos	Com antecedentes syphiliticos

2.º *Lesões tuberculosas.* — As lesões tuberculosas geralmente trazem confusão com a gomma do véo palatino, principalmente em seu periodo de ulceração quando não são tratadas e abandonadas a sua evolução propria.

Os signaes de objectividade relativos ás lesões tuberculosas não podem de uma maneira verdadeira, real, auxiliar o diagnostico differencial entre a syphilis e a tuberculose. Bazin que foi o primeiro a reconhecer esta asserção assim se exprime: nada mais varia-

vel que os caracteres objectivos das ulcerações tuberculosas.

Esta difficuldade no diagnostico differencial entre as duas ordens de lesões pode ser desfeita com os dados fornecidos pelo seguinte quadro:

LESÕES TUBERCULOSAS	GOMMA SYPHILITICA
Engorgitamento ganglionar	Sem engorgitamento ganglionar
Dysphagia muito notavel	Ligeira dysphagia
Muito excepcionalmente perfura o véo	Frequentemente produz a perfuração
Evolução chronica	Evolução mais ou menos aguda
Antecedente tuberculoso	Antecedente syphilitico
Bacillo de Koch	Treponema pallidum

3.º O *Lupus ulcerado* pode trazer erros ao diagnostico da gomma, porém os dados abaixo assignalados concorrerão para o seu diagnostico differencial.

LUPUS	GOMMA SYPHILITICA
Raro	Frequente
Coincidencia com o lupus cutaneo	Solitaria
Ulcerações constituindo um epi-phenomeno, e parcial	Ulceração completa do tecido infiltrado
Pequeno	Grande
Não tem bordo *a pic*	Bordos accentuados
Evolução lenta	Evolução rapida

Perturbações funccionaes.—Quando a lesão está em seu inicio, isto é, durante o periodo de formação e amollecimento as perturbações funccioaaes são raras e não incommodam verdadeiramente o seu portador, porém, quando o periodo de ulceração se realisa ahi então as perturbações existem de uma maneira assustadora e resultam não do processo syphiliticoem si, não é a syphilis que as produz, é a mutilação. Qualquer que seja a causa da divisão ou da perfuração do véo palatino as perturbações são sempre identicas. Ellas são geralmente ao numero de duas: a alteração da voz e o refluxo nasal.

1.º *A alteração da voz.*—Desde o momento em que a mutilação do véo palatino se realisa o doente perde o timbre proprio da voz perfeita e nota-se então uma voz nasonada, confusa e pouco intelligivel.

2.º *Refluxo nasal.* — Os alimentos que tendem a passar da cavidade buccal para o esophago ao em vez de seguir o seu caminho natural, isto é, atravessar o pharynge e cahir no esophago, passam da cavidade buccal para as fossas nasaes. A explicação é facil: uma vez que a obliteração dos *choannes* no momento da deglutição não é realisada ou incompleta por falta da valvula destinada a este fim, os alimentos (liquidos especialmente) ao em vez de seguirem sua rota normal refluem p'r'as fossas nasaes.

Terminação. — A evolução da gomma do véo é rapida. Uma vez os productos gommosos evacuados a cicatrisação tende a se realisar se o seu tratamento apropriado for feito. Por quatro processos se pode terminar a evolução da gomma do véo palatino. 1.º restauração integral; 2.º cicatrisação intacta da ulceração; 3.º cicatrisação em uma das quatro formas de mutilação; 4.º cicatrisação á parede pharyngeana.

1.º *restauração integral*—Quando o tratamento é realisado a tempo de prevenir a ulceração, o processo gommoso desapparece sem deixar signal de sua passagem.

2.º *cicatrisação intacta da ulceração.*—A ulceração sem mutilação verdadeira do véo cura-se deixando uma cicatriz superficial, branca e sem alterar a forma do véo.

3.° *cicatrisação em uma das quatro formas de mutilação.*—Por esta maneira de terminação o véo toma aspectos os mais variaveis, desde o da membrana fibrosa até seu completo desapparecimento.

4.º *cicatrisação a parede pharyngéa.*—Este ultimo processo de cicatrisação se faz por dois modos: um, em que as diversas ulcerações existentes no véo, pilares, pharynge e base da lingua cicatrisam-se uma com as outras constituindo a atrezia guttural; outro, em que se observa uma consolidação do véo á parede pharyngeana constituindo o que se chama ankylose palato-pharyngéa.

Seremos mais extensos quando descrevermos as lesões terciarias do pharynge.

Lesões terciarias das amygdalas. — As lesões gommosas existentes nas amygdalas são susceptiveis de se apresentar sob formas as mais diversas. Fournier as divide ou reconhece quatro formas que são: commum, anginosa ou febril, pseudo-epitheliomatosa e gangrenosa.

1.° *Forma commum.*—Muito frequente, conforme seu nome indica, a sua symptomatologia é fornecida pelas apparencias objectivas da ulcera gommosa. O seu inicio quasi sempre não é observado pelo medico, em razão da indolencia da lesão que não chama a attenção do seu portador; quando este procura o clinico já a lesão se acha em estado de ulceração. Esta, rapida em sua evolução, é o resultado de um curto periodo do mal estar da garganta. Em seu inicio ella é quasi sempre unilateral, a amygdala é augmentada de

volume tornando-se salliente para dentro e para deante sendo occupada pula ulceração em toda sua extensão. Esta ulceração é mais ou menos larga, possuindo uma aureola dura, bordos pouco apreciaveis, fundo desigual em razão das anfractuosidades proprias do orgão, de côr vermelha, ou algumas vezes, esbranquiçadas, de profundidade muito notavel, sendo acompanhada frequentemente por infiltração dos pilares e um edema pronunciado da uvula, Esta lesão é geralmente acompanhada de perturbações funccionaes taes como: mal estar da garganta, dores anginosas se estendendo para os ouvidos (essas dores observadas no ouvido resultam, o mais frequentemente, da obstrucção do orificio da Tromba de Eustaquio) dysphahia, ptyalismo, impecilio na mastigação, voz anginosa, etc. Da mesma maneira que no processo gommoso do véo palatino aqui não se observa reacção geral Estas lesões coexistem com outras da mesma natureza no pharynge, pilar e no véo. Sua evolução segue os mesmos periodos da ulcera gommosa.

2.º *Forma anginosa ou febril.*—Esta forma consiste em uma angina aguda acompanhada de um processo gommoso. Esta angina geralmente muito accentuada é caractérisada por duas ordens de symptomas que são: *phenomenos locaes e perturbações funccionaes.*

Os phenomenos locaes se traduzem por um vermelhidão vivo de um lado do isthmo da garganta, tumefacção amygdaliana, dores vivas com irradiação para

o ouvido, dureza inflammatoria de toda região, engorgitamento ganglionar, peripherico, etc.

As *perturbações reaccionaes* se traduzem por mal estar geral, febre, cephalalgia, perturbações gastricas, etc. Com estes elementos o diagnostico se torna de uma difficuldade sem limites. Só depois de um exame minucioso, demorado, acompanhado de um interrogatorio tambem minucioso é que se o pode firmar. O Dr. Juhel Renog a respeito d'um seu cliente atacado por esta forma diz que diagnosticou-a por angina rheumatica, por amygdalite e até por diphteria e somente no fim de alguns dias após o primeiro exame, foi que fez o diagnostico da lesão.

3.º *Forma pseudo epitheliomatosa.*—Não é raro se encontrar gommas amygdalianas com o aspecto epitheliomatoso. Nestes casos a amygdala é augmentada de volume, a sua ulceração pelo seu aspecto difine o estado epitheliomatoso, a adenopathia é manifesta e a dureza existente é verdadeiramente cancroidiana.

4.º *Forma gangrenosa.*—Raramente observada ella setraduz por uma ulceração de cor negra occupando quasi toda metade da garganta e exhalando uma fetidez muito accentuada. Este processo è acompanhado por dysphagia, anciedade geral, angustia respiratoria e phenomenos adynamicos alarmantes.

Após esta descripção das quatro formas do professor Fournier pelas quaes se manifesta o terciarismo n'amygdala passemos ao estudo do seu diagnostico.

Geralmente o systema ganglionar não é atacado nesta manifestação e se em alguns casos a adenopa-

thia é observada élla constitue uma raridade util em se conhecer afim de evitar erros: *em alguns casos se observa engorgitamento ganglionar ao lado das manifestacões terciarias das amygdalas.* O diagnostico das gommas amygdalianas é feito de conformidade com os caracteres da lesão, já descriptos acima. O interrogatorio do doente a respeito dos seus antecedentes pathologicos, o diagnostico differencial entre as gommas e outros processos que podem trazer confusão, firmarão por sua vez o diagnostico.

1.º Estudando o diagnostico differencial entre as gommas e outros processos que trazem confusão com ellas, começaremos por estabelecel-o com o cancro.

Este diagnostico deve ser feito com muita prudencia afim de evitar uma improficua intervenção cirurgica que só deve ser feita nos casos em que o diagnostico do cancro for firmado sobre bases bem solidas.

O quadro que abaixo publicamos esclarecerá este diagnostico.

CANCRO	GOMMA SYPHILITICA
Muito duro	Dureza relativa
Evolução lenta	Evolução activa
Sangra ao tocar	Não sangra
Adenopathia	Raramente observada

Nos casos em que a menor duvida exista após o esgotamento deste quadro, outros dois pontos o elucidará: um, é a reacção de Wassermann que por sua vez ainda pode falhar, pois o numero de resultados negativos em individuos syphiliticos não é pequeno; o outro é a prova do tratamento que tem uma dupla vantagem: a firmação do diagnostico e, no caso de se tratar de uma gomma, adeantar o tratamento a seguir.

2.º A *ulcera tuberculosa* que em alguns casos traz confusão é assim diagnosticada: raramente primitiva, ella succede sempre a tuberculose pulmonar ou laryngéa. Em seu periodo agudo o diagnostico se faz por seus caracteres inflammatorios e dolorosos: vermelhidão da garganta, dysphagia com irradiação para o ouvido, salivação, adenopathia sub-aguda, etc.

Em seu periodo chronico, ella se traduz por ulce-

ração de pequena profundidade, fundo irregular, sem bordos sallientes, de côr e aspecto variaveis e sem dureza da base. Alem destes signaes que caracterisam a tuberculose, o quadro seguinte esclarecerá o diagnostico differencial:

TUBERCULOSE	SYPHILIS
Pontos amarellos de Trélat	Não existem
Evolução lenta	Evolução activa
Bacillo de Koch	Treponema pallidum

3.° Ha uma lesão que se localisa n'amygdala, consecutiva a certas anginas ephemeras constituida por ulcerações. que pode trazer confusão com as manifestacões syphiliticas terciarias das amygdalas: é uma amygdalite ulcerosa assignalada pela primeira vez por Moure e muito bem estudada por Mendel, Vincent, Fournier, Raoult et Thipy, etc. Pelo seu aspecto objectivo esta lesão traz uma confusão tal com as gommas syphiliticas amygdalinas, que se torna quasi impossivel o diagnostico differencial. Frequentmonte o diagnostico basea-se na evolução morbida; a amygdalite é precedida de uma angina inflammatoria e febril, emquanto que com a gomma assim não

acontece. Apezar da frequencia desta maneira de evolução, a amygdalite pode começar a frio, isto é, sem febre e sem phenomeno inflammatorio, e neste caso o diagnostico se basea exclusivamente no resultado do interrogatorio a respeito dos antecedentes morbidos.

Lesões terciarias do pharynge.—As lesões terciarias pelas quaes se manifesta a syphilis no pharynge são muito commum e se apresentam sob tres formas que passamos a estudar:

1.ª *Syphilides ulcerosas.*—As syphilides ulcerosas que manifestam a syphilis no pharynge são identicas ás que se encontram em outra qualquer mucosa. Ellas consistem simplesmente em ulcerações que succedem a um entumescimento hyperemico da mucosa, geralmente pouco excavadas, de extensão mais ou menos regular, com bordos pouco sallientes e um fundo amarello revestido frequentemente de um esboço cremoso. Esta forma, a mais rara das lesões pharyngeanas, não apresenta particularidade, quer como caracteres, quer como evolução; ella é benigna em relação ás outras.

2.ª *Syphilides gommosas.*—As affecções gommosas da mucosa pharyngeana são muito mais frequentes que a precedentemente descripta. Ellas se apresentam sob duas formas distinctas: a forma circumscripta e a forma diffusa.

A forma circumscripta é a mais frequente e a mais benigna. Ella consiste em um pequeno tumor nitidamente circumscripto desenvolvido na mucosa do pharynge, solido a principio, amollecendo depois e

abrindo-se em seguida para constituir uma ulceração limitada da derme mucosa. Em seu periodo de formação ella é essencialmente indolente. Em seu periodo de ulceração a lesão se apresenta em forma geralmente circular, notavelmente excavada, bordos nitidos, constituidos por uma aureola dura, fundo amarello e revestido, como a maior parte das ulcerações da garganta, por esboço cremoso mucopurulento ou diphteroide.

Frequentemente esta lesão é unica, podendo-se raramente, encontrar duas, tres ou mais.

A infiltração diffusa consiste em uma infiltração gommosa que se estende em superficie e invade uma porção mais ou menos consideravel dos elementos anatomicos do pharynge. Attingida por esta lesão, a parede posterior do pharynge é degenerada em um tecido duro, lardaceo e resistente. Frequentemente esta infiltração diffusa attinge os pilares do isthmo da garganta. Ella tumefaz a parede posterior do pharynge, lhe dá um aspecto de hypertrophia e, em vista dessa hypertrophia, os diametros da cavidade pharyngéa diminuem, produzindo uma verdadeira atrezia guttural. Esta especie particular da lesão gommosa não differe em evolução das gommas em geral. Após um certo tempo se amollecem e degeneram em largas ulcerações de extensão identica a infiltração.

3.° *Lesões sub-mucosas ou gommas do pharynge.* —As gommas do pharynge são pequenos tumores, em seu inicio solidos que após um certo tempo se amollecem e abrem formando, na superficie da mu-

cosa ulcerações. Dois pontos a respeito desta lesão merece a nassa attenção: um, a respeito do seu diagnostico, outro, a respeito das perturbações funccionaes. Quanto ao primeiro, não é raro se observar gommas pharyngéas susceptiveis de affectar um volume bastante consideravel e formar verdadeiros tumores pharyngeanos que podem mui facilmente ser diagnosticados como cancro. Quanto ao segundo, convem notar que em razão da sua visinhança com o larynge e o esophago, estes tumores occasionam geralmente phenomenos de dysphonia e dysphagia ou mesmo em vista de uma compressão bastante intensa. perturbações serias.

Antes de passarmos ao estudo das perturbações funccionaes produzidas por estas diversas lesões que acabamos de estudar, uma particularidade relativa á sede prende a nossa attenção: as lesões terciarias do pharynge podem occupar a parte superior deste, o rhino-pharnyge. Ahi ellas se acham occultas ao observador e constituem o que os scientistas chamam gommas encobertas do pharynge. Em certos casos estas lesões se acompanham de perturbações da audição e symptomas de coryza.

Perturbações funccionaes.—Em seu inicio as lesões terciarias do pharynge não apresentam perturbações funccionaes de especie alguma. A dôr e as perturbações só começam com a ulceração e se manifestam por duas maneiras: se a lesão é unica ou multipla porem, de pequena extensão e tem por séde a parede posterior do pharynge, a dor é pequena e as pertur-

bações funccionaes são insignificantes, mas. se, ao contrario, as lesões são confluentes, extensas e occupam as partes mais visinhas do isthmo da garganta, as dores são bem accentuadas, os movimentos de deglutição, quer dos alimentos solidos, quer dos liquidos, são peniveis; a mastigação é impeciliada e a voz alterada; a salivação é abundante e os doentes expulsam de par com a saliva, mucosidades brancas ou misturadas com pús e estrias de sangue.

Complicações.— As lesões terciarias do pharynge geralmente se associam lesões semelhantes d'abobada, véo e fossas nasaes. Frequentemente ellas affectam uma malignidade particular se traduzindo seja por uma extensão consideravel, seja por um ataque, ao mesmo tempo que o caracter extensivo, de phagederismo chronico. Quando estas ulcerações teem por séde o rhino-pharynge, provocam perturbações persistentes e podem determinar uma surdez completa ou incompleta em vista da obstrucção do orificio da tromba de Eustaquio. No curso destes accidentes não é raro se observar hemorrhagias em vista de ulcerações das arterias visinhas.

Diversas observações demonstram que em consequencia das lesões gommosas do pharynge, por um processo de irradiação, pode haver uma invasão dos corpos vertebraes e estas lesões, produzindo necrose serem susceptiveis de produzir symptomas medullarer: paralysia dos membros inferiores, etc.

Além destas complicações para o lado das verte-

bras não é raro tambem se observar lesões dos ossos da base do craneo com reacções sobre o encephalo e as membranas. Estes accidentes cerebraes, consecutivos á lesões craneanas de ordem syphilitica são particularmente graves e frequentemente mortaes.

O terciarismo pharyngéo é muito susceptivel de recidivas. Entre as snas complicações é util que colloquemos as constituidas por cicatrises viciosas. Estas são em numero de tres: a atrezia guttural, o estreitamento do pharynge e a ankylose palato-pharyngéa.

1.º *Atrezia guttural.*—Quando as partes que constituem o isthmo são profundamente ulceradas, ellas se retrahem após a cicatrisação, ou melhor, cicatrisam contrahindo uma com as outras adherencias anormaes tendo como resultado a retracção do mesmo isthmo que transforma-se em um orificio rigido determinando um impecilio notavel na deglutição.

2.º *Estreitamento do pharynge.*—O estreitamento do pharynge se realisa sob tres pontos: 1.º na parte superior, abaixo do cavum, se produzindo por retracção e cicatrisação dos pilares posteriores do véo a parede posterior do pharynge; 2.º a cicatrisação se faz entre a lingua e o pharynge; 3.º a cicatrisação se faz na parte interior do pharynge.

3.º *Ankylose palato-pharyngéa.*—Esta cicatriz viciosa consiste na soldadura do véo palatino ao pharynge propriamente dito. Em consequencia das lesões ulcerosas do isthmo da garganta o véo, parcialmente ou em totalidade, se retrahe p'r'a parede posterior ou lateral do pharynge e funde-se com uma destas pare-

des. Quando a fusão é em totalidade a cavidade pharyngéa fica dividida em dois planos separados por um septo: o superior abre-se nas fossas nasaes e o inferior na bocca. Geralmente um largo orificio communica os dois planos.

A phonação, a respiração e a deglutição são perturbadas com a realisação dessas cicatrizes. Quando é uma só que se realisa, como, por exemplo, a ankylos-palato-pharyngéa, os doentes respiram pela bocca; quando porem, os tres processos entram em acção a asphyxia é o producto.

CAPITULO IV

Accidentes heredo-syphiliticos

As manifestações pelas quaes se revela a hereditariedade syphilitica tem um papel preponderante quer no estudo da syphilis em geral, quer no da syphilis em particular.

Os estigmas pelos quaes se traduzem algumas manifestações, tão bem descriptos por Fournier, revelam de uma maneira conscisa e scientifica o fundo syphilitico dos seus portadores. Estes estigmas representam o cancro da syphilis hereditaria, por meio delles, geralmente o clinico affirma a etiologia das diversas lesões pelas quaes é consultado em sua clinica. Ao lado dos estigmas se observam lesões identicas ás da syphilis adquirida. Na região palato-pharyngéa os estigmas são raros e o valor dos poucos que se encontram não é ainda bem esclarecido. Estudaremos detalhadamente os pertencentes exclusivamente a região palato-pháryngéa e ao lado destes assignalaremos a triade de Hutchinson que merece uma referencia especial.

M

Os estigmas pertencentes exclusivamente a região palato-pharyngéa não têm, conforme já dissemos mais acima, ainda um valor esclarecido e são em numero de dois: *guele-de-loup e a abobada ogival.*

1.º *Guele-de-loup.* — Se tem descripto como estigma heredo-syphilitico uma lesão que attinge a abobada e o véo consistindo na reunião de duas fissuras alveolares com a fissura mediana. Este estigma, se bem que seja uma lesão congenita, seu valor como manifestacão heredo-syphiitica tem sido muito discutido.

Encontramos em Kirmisson (1) «Une cause dont l'on comprend bien que l'action puisse se faire sentir des le debut de l'évolution embryonnaire, c'est l'infection syphilitique. Sans doute on ne voit pas comment la syphilis exercerait une influencie particuliére dans la production du bec de lievre, plutot que dans celle des antres malformations. *Toutefois nons avons notè troup sou vent la syphilis héréditaire dans les cas de bec-de-lievre pour admettre qu'il y ait la une pure coincidence.* C'est ainsi que sur 23 observations de bec-de-lievre nous avons constaté 8 fois l'existence de la syphilis héréditaire.»

Se assim Kirmisson se exprime a respeito da influencia heredo-syphilitica no bec-de-lievre, porque não se pode attribuir a influencia da syphilis na realisação da guele-de-loup?

---

(1) Traité des maladies chirurgicales d'origine congenital

Esta lesão conforme tem sido explicado pelos embryologistas é resultante da parada de desenvolvimento.

Na setima semana de embryão dois gommos secundarios se desenvelvem horisontalmente na face interna dos gommos maxillares superiores: São as laminas palatinas. Estas se dirigem transversalmente unindo-se sobre a linha mediana, no começo do ultimo mez. Anteriormente ellas se soldam aos gommos nasaes internos. Posteriormente ellas se completam por duas laminas horisontaes constituidas pelos gommos pterygo-palatinos. Uma vez realisado este desenvolvimento a primitiva caridade naso-buccal se acha dividida em dois departamentos: um superior nasal; outro inferior buccal.

Tal è o modo de formação da aboboda palatina. Se no correr deste desenvolvimento uma influencia qualquer, tal como a syphilis, impedil-o, a guele-de-loup é constituida.

Este estigma coincide algumas vezes, com o bec-de-lievre.

2.° *A abobada ogival* não é em si um estigma individual, é o resultado do estreitamento transverso do maxillar superior. Quando este estreitamento é realisado as apophyses palatinas que constituem o paladar osseo, ao em vez de representar em uma ligeira concavidade, são atiradas para cima, invadindo as fossas nasaes e produzindo uma excavação consideravel. E' a este augmento na profundidade da concavidade palatina que se chama *abobada ogival.*

Esta dystrophia absolutamente não indica, conforme a regra-geral a hereditariedade syphilitica para os seus portadores, simplesmente attesta o seu fundo degenerado, syphilitico on não. Em todo caso, quando alliada a outros de certo valor, a sua presença é de valor identico.

Jonathan Hutchinson assignalou a frequente existencia isolada ou conjunctamente, nos individuos affectados de heredo-syphilis, de perturbação auriculares, affecção occular e uma constituição viciosa do systhema dentario. Esta triade de symptomas ou lesões dystrophicas é denominada TRIADE DE HUTCHINSON em homenagem ao eminente medico a quem se deve esta importantissima descoberta.

Estigmas auriculares.—Os estigmas auriculares apresentam tres ordens de symptomas que podem fornecer ao diagnostico a maior utilidade, a saber: commemorativos de molestia do ouvido, compravação pelo exame otoscopico de lesões consecutivas a otites antigas e perturbações auditivas actuaes.

a—Pelo interrogatorio o doente communicará que em certa época de sua vida, mais communmente na infancia, soffreu de *dôr de ouvido* acompanhada de escoamento agudo ou sub-agudo, de cura mais ou menos rapida ou, mais frequentemente, prolongada e mesmo chronica.

b—O exame otoscopico, revelará muito frequentemente diversas lesões que attestam a existencia anterior de affecções auriculares, que são: cicatrizes do tympano, perfurações persistentes desta membrana e

destruição completa ou incompleta da cadeia dos ossinhos.

c—As perturbações auditivas actuaes se traduzem por alterações da audicção e diversos gráos de cophose persistente.

Um outro accidente mais raro, porém, mais significativo se apresenta entre as alterações auriculares da heredo-syphilis, é uma surdez brusca sem lesão apreciavel chamada *surdez fulminante da heredo-syphilis.*

Estigmas occulares.—Os estigmas occulares são são os mais importantes, os mais significativos.

O Dr. Antonelli assim se exprime a respeito das lesões do fundo do olho: «as lesões do fundo do ólho constituem a ordem dos estigmas mais frequentes da heredo-syphilis. Elles não faltam, pode-se dizer, nunca. Elles constituem o signal mais importante para desvendar a syphilis hereditaria ou para assegurar o diagnostico nos casos duvidosos.»

Os signaes que fornece o olho para a averiguação da heredo-syphilis são numerosos.

Descreveremos dentre elles a keratite parenchymatosa ou intersticial.

A Keratite parenchymatosa ou intersticial é uma lesão occular em que não ha ulceração. Conforme seu nome indica ella tem por séde o parenchyma do orgão; não attinge nunca a superficie. Ella evolue em tres periodos:

No primeiro periodo, *o da infiltração* se nota o apparecimento de nebulosidade intra-corneanos que confluem e tornam a cornea cinzenta.

No segundo, *o da vascularisacão,* os vasos da esclerotica penetram na cornea, que toma uma cõr vermelha escura ou vermelho vivo Neste periodo o doente se queixa de photophobia e lacrimejamento. Geralmente no evoluir deste periodo o segundo olho começa a ser atacado pelo mesmo processo.

No terceiro e ultimo periodo, *o da resorpção*, uma parte ou totalidade das nebulosidades desapparecem. A evolução destes tres periodos dura de tres mezes a um anno.

Estigmas dentarios.— As destrophias dentarias exercem um papel consideravel no diagnostico da heredo-syphilis, Os resultados fornecidos pelo exame directo dos diversos estigmas impressos no systema dentario pela tara heredo-syphilitica, são altamente significativos, Entre elles descreveremos especialmente o chamado *dente d'Hutchinson.*

Chama-se *dente d'Hutchinson* (1) o estigma que consiste em uma erosão em chanfradura semi-lunar existente no bordo livre dos dentes. Esta chanfradura é geralmente muito accentuada, ao menos na forma typica da lesão e a sua convexidade olha o collo do dente.

---

(1) Correntemente se chama dente d'Hutchinson qualquer dente dystrophiado pela syphilis sob qualquer modalidade dystrophica.

O uso do cachimbo pode determinar uma phisionomia identica mas, a produzida pelo seu uso não é observada nos incisivos medianos, em vista de se usal-o em geral, lateralmente; mas ainda, na chanfradura de Hutchinson a curva corresponde mathematicamente ao eixo do dente, emquanto que na produzida pelo uso do cachimbo não ha nada de semelhante. A chanfradura semi-lunar é um attributo especial do dente de Hutchinson, porem algumas vezes, outras particularidades lhe são reunidas:

1.º A forma em *tournevis* (chave de parafuso) caracterisada pelo alargamento do collo do dente e o estreitamento do seu bordo livre.

2.º Os incisivos medianos superiores attingidos de chanfradura de Hutchinson são frequentemente desviados em sua direcção, em vista da implantação viciosa. Os seus eixos verticaes ao em vez de serem parallelos, são ligeiramente inclinados para dentro de maneira a convergir um para o outro. E' a esta desviação que se chama obliqua convergente.

Lesões secundarias.—No periodo secundario a syphilis hereditaria se manifesta pelas mesmas lesões pelas quaes se manifesta o periodo secundario da syphilis adquirida. O seu portador apresenta ao lado das dystrophias que assignalam a hereditariedade syphilitica (com a especialidade a triade de Hutchinson), placas mucosas na garganta, representadas por pequenas ulcerações arredondadas, elipticas, em ferradura

de cavallo, superficiaes de côr branca, coberta com um exudato tomando um aspecto diphterico.

Lesões terciaris—As manifestações hereditarias terciarias podem apparecer na infancia ou na idade adulta. No primeiro caso ellas se apresentam logo em seguida ao segundo periodo que evolue *in utero*. No segundo ellas tem um inicio inisidioso e para interpretar immediatamente a sua natureza recorrer-se-ha ao exame dos diversos estigmas.

Entre as manifestações do terciarismo na syphilis hereditaria a gomma é de observação frequente. Esta ultima acha-se com uma frequencia relativa localisada na abobada e no véo palatino. Em licções antigas, no seculo XVI, se vêm mencionadas as gommas heredo-syphiliticas da abobada e do véo, mas, é preciso chegar a 1886 para encontral-as bem estudadas na obra de Fournier.

A etiologia desta lesão é a mesma das manifestações da syphilis hereditaria em geral: *syphilis recebida pela creança dos seus antecedentes atacados de syphilis no momento da fecundação.*

Em 212 observações de gommas hereditarias, o professor Fournier encontrou 38 situadas na abobada palatina. E' principalmente entre 5 a 25 annos que se a observa, tendo seu maximo de frequencia de 10 a 17 annos. Esta syphilis terciaria hereditaria pode apparecer de conjuncto: o periodo secundario pode evoluir no utero. Uma molestia anterior ou intercurrente favorece sua eclosão.

Symptomas.—Em qualquer parte do véo se observa a gomma heredo-syphilitica.

Ella é geralmente unica, arredondada, ovalar ou, mais frequentemente, allongada no sentido transverso. Seu tamanho é muito variavel; algumas vezes grande, outras vezes pequena.

No primeiro periodo, periodo de infiltração, se observa um pequeno tumor duro, aphleugmasico, elevando a mucosa; em alguns casos se nota uma simples asymetria do véo. Após este inicio a mucosa se tumefaz, torna-se vermelha, cinzenta e brilhante. O véo é inerte.

No segundo periodo (amollecimento) elle arqueia muito e apresenta uma consistencia pastosa. Os symptomas geraes destes dois periodos são nullos. Os locaes são pouco accentuados: a voz é modificada, a deglutição ligeiramente embaraçada pela rigidez do véo.

No terceiro periodo (eliminação) se forma um abcesso que se abre e deixa sahir um pús mal ligado, branco ou amarello. Esta abertura se faz sem dôr.

Uma vez realisada esta evolução a lesão toma o typo da ulcera gommosa caracterisada pela configuração circular, bordos talhados *a pic,* adherentes, presença de uma aureola cinzenta, fundo desigual, etc. Consequente a esta ulceração podemos encontrar: chanfradura maginal do véo, perfuração, divisão em retalhos ou sua destruição mais ou menos completa. Se a ulceração não faz senão uma chanfradura, as perturbações

funccionaes são pouco accentuadas, porém, se, ao contrario a perfuração é realisada, a voz apresenta perturbações notaveis e os alimentos, principalmente os liquidos, refluem pelo nariz. As perturbações auditivas, ptyalismo e phenomenos dolorosos apparecem com a ulceração. Os symptomas geraes fazem falta.

As gommas heredo-syphiliticas da abobada palatina são muito semelhantes as precedentes. No caso de perfuração desta, as perturbações da phonação são mais notadas que na do véo. As perturbações da deglutição não podem ser corrigidas pela reeducação pois esta é impossivel.

CAPITULO V

Tratamento pelo 606

O dichlorhydrato de dioxydiamidoarseno-benzol (606) é o medicamento por excellencia no tratamento das manifestações da syphilis na região palato-pharyngéa. As observações que possuimos e publicamos mais adeante representam um testemunho real desta asserção.

Ninguem ignora que o 606 passou, passa e passará ainda por diversas phases e que o seu valor real ainda não está bem esclarecido, pois as diversas celebridades medicas têm emittido opiniões as mais desacertadas e divergentes a seu respeito. A sua descoberta revolucionou tanto, não só o mundo medico como o mundo em geral, que os espiritos eminentes ainda pairam sem affirmar a verdade. Realmente esta revolução reclama mais tempo, apezar de não ser o arsenico na therapeutica uma sensacional novidade. E' certo que se não ha esquecido que Béchamp lançou na therapeutica o atoxyl; que Gautier mostrou a inocuidade relativa das preparações organicas de arsenico, que Laveran, em 1903, demonstrou que o acido arsenioso exerce uma acção parasiticida evidente sobre os trypanosomas, mas, que é impoderoso para produzir a

cura difinitiva dos individuos atacados de molestia do somno, que Thomas publicou um certo numero de casos de trypanosomiase humana, favoravelmente influenciados pelo atoxyl; e que o arseno-benzol em si mesmo foi mettido a luz da sciencia por Michaelis em 1894, porém o que revolucionou e causou admiração e odios não foi a descoberta em si do 606 e sim o seu effeito rapido obtido no tratamento das diversas manifestações da syphilis, effeito este que não é alcançado pelo emprego do mercurio.

A seu respeito Milian assim se exprime: «Tous ou presque tous s'accordant à reconnaitre la superiorité du 606 sur le mercure et reconnaissent qu'il s'agit lá d'un «specifique» incomparable, d'une sureté aussi grand que la quinine dans la fievre intermittente ou que le salycilate de soude dans le rheumatisme articulaire aigu.»

O poder deste medicamento é esclarecido por ser sufficiente simplesmente uma ou duas injecções para curar lesões rebeldes, que series de injecções mercuriaes não conseguiriam nem ao menos modifical-as. Haja vista a observação n. III que publicamos no final peste capitulo em que a doente apresentava uma estomatite mercurial bem accentuada e que as lesões syphiliticas evoluiam, apezar do tratamento mercurial a que estava submettida, e que o 606 curou-as. As discussões chegaram a tão alto gráo, o valor do 606 foi tão discutido que medicos de reputação, sem nunca ter praticado uma injecção lhe declaram uma

guerra sem limites, sem consideração aos resultados frequentes obtidos.

E' assim que Milian cita um caso muito interessante passado comsigo que merece ser aqui reproduzido :

«Un docteur «adversaire» du 606 (il est regrettable que ce terme doire etre employé, car il implique en lui méme le caractere non scientifique de la lutte que se livre autour de ce medicament) m'abord et me dit d'un ton triomphánt:

«Je viens de voir un des tes málades ! Un malade que tu as soigné par le 606 Il est à l'hôpital X.... Il a une myelite; il a une paralysie complete des membres inferieures. Cest brillant la therapeutique par le 606 ! Je me suis informé. Le malade em question avait reçu de moi ou septembre 1910, une injection intra-musculaire de 0,50 de 606 pour volumineuses gommes syphilitiques de la region sous maxillaire droite. Ces gommes du volume d'une orange avaient fondu rapidement et le malade gueri de cet accident n'avait plus suivit aucun traitement. En avril de 1911, c'esi-á-dire. prés de 7 mois aprés l'unique injection de 606, la paralysie des membres inferieures se declarait. Il n'y avait rien extraordinaire a ce que, en l'absence de tout traitement attent d'une syphilis virulent donnaut des accident aussi importants, ce malade fút pris d'une myelite syphilitique.»

E assim acham-se registrados muitos casos seme-

M

lhantes a este e que têm servido de base a diversas opiniões contrarias ao valor therapeutico do 606.

E' bem verdade que um certo gráo de toxidez lhe é necessariamente inherente, mas, se esta toxidez não é produzida exclusivamente do 606 e sim por qualquer medicamento poderoso, como exigir que elle seja um producto completamente indifferente ao organismo que o recebe?

Com este argumento queremos simplesmente ir de encontro a diversas opiniões exigentes.

O mercurio que, conforme a opinião dos «adversarios» do 606, continúa a ser o unico especifico da syphilis, tem no seu curso therapeutico innumeros casos de insuccesso.

Ehrlich et Hata citam em sua obra sobre o 606 fazendo um estudo comparativo entre o valor therapeutico dos dois especificos da syphilis (606 e mercurio) 80 casos de morte produzida pelo emprego de preparações mercuriaes. Estes dois illustres scientistas fazem em seu livro *La chimiotherapie experimentable des spirilloses*, uma comparação muito interessante entre a chimiotherapia e a cirurgia.

Dizem elles «Jusqu'on irions-nous, si l'on vonlat exiger des chirurgiens qu'ils ne mettent pas leur vie en peril, que des operations absolutment sans danger? Une telle pretention serait un arrêt de mort pour la chirurgie dont les progrés actuels sont si merveilleux. La chimiotherapie est pour le medecin le bisturi que doit lui servir á separer ce que est malade de ce que est sain.»

Os perigos e os inconvenientes proclamados como inevitaveis com o emprego do 606 são todos relativos ás dores; infiltrações mais ou menos extensas na região injectada, a possibilidade de uma acção nociva sobre os olhos, etc. Quanto a dor observada, ella é a manifestação de perturbações ligadas a uma propriedade irritante do medicamento que pode ser evitado, dês que o clinico tenha em mente em primeiro logar a sensibilidade particular de cada individuo, em segundo, a severidade na technica da injecção e em terceiro, o modo de solução do producto injectavel.

Quanto a possibilidade de uma acção nociva sobre os olhos diz o professor Ehrlich que todas as opiniões que affirmam esta nocividade são sem base. Assim elle se exprime: «Je n'ai eu communication d'aucun cas d'amaurose, et la enquête la plus minutieuse ne m'a pas permis de trouver trace d'un seul cas ayant pu donner naissance á pareils bruits.»

Após esta ligeira divagação sobre o historico do 606 e sobre a revolução produzida na sciencia pela entrada na therapeutica onde occupa actualmente logar salliente, entremos no estudo das diversas modificações de aspecto pelas quaes passam as lesões palato-pharyngéas, sob a sua influencia, até a completa cura.

A acção do 606 sobre os cancros desta região é singularmente rapida, a sua cicatrisação se realisa em um praso muito curto: dois a tres dias.

Ha casos em que esta cicatrisação é mais demorada e isto é o resultado, segundo a opinião do profes-

sor Emery das tromboses vasculares que se oppõem parcialmente ao contacto do medicamento vis a vis a certos accidentes primitivos, é uma das razões que demonstram a melhor utilidade de um fraccionamento das doses massiças, unicas, em diversas injecções successivas.

Nenhum accidente primitivo, com effeito, resiste a 3 ou 4 injecções administradas com intervallos de 7 a 10 dias, algumas vezes mesmo mais approximadas. A primeira dose quasi sempre não chega ao contacto do espirocheta em razão das tromboses vasculares que se oppõem á sua realisação. Estas primeiras injecções não têm, em verdade senão a acção de destruir as tromboses e desagregar, por assim dizer, o syphiloma inicial. As doses seguintes vão atacar o inimigo de uma maneira mais prompta e mais segura.»

Uma vez realisado este contacto, o accidente primario sob a influencia do tratamento modifica-se muito rapidamente: a lesão empallidece, secca e o epithelio mucoso se repara. A infiltração modular subjacente, ainda que sensivelmente modificada, e diminuida de volume, persiste. A adenopathia tende a desapparecer, porem este desapparecimento se realisa lentamente. O tratamento combinado, isto é, o geral e o local tem dado os melhores resultados. Uma vez praticado o tratamento geral é necessario que este seja auxiliado pelo local ou com o emprego do proprio 606 que actualmente tem attingido o mais alto gráo na therapeutica local, com o emprego das pommodas, ou com o mercurio, nitrato de prata, etc.

A este proposito Ehrlich prescreve o uso parallelo de uma outra preparação arsenical como o atoxyl ou a hectina. No tratamento local do cancro syphilitico o 606 pode ser empregado em uma solução acida ou por meio da seguinte pommada:

Salvarsan	ãã 0,50 centgrs.
Vaselina	

Nós de nossa parte não temos observação alguma do tratamento local do cancro syphilitico da região palato-pharyngéa pelo 606. E' de crer que o seu effeito seja identico ao produzido no cancro simples; a este respeito nós possuimos uma observação em que o cancro simples resistindo a todos os medicamentos usuaes cicatrisou rapidamente com o emprego da pommada de Salvarsan.

Entre os accidentes syphiliticos, o primario é o que mais resiste ao seu emprego. Esta particularidade não escapou a Ehrlich que a assignalou porém, como excepcional. Elle cita um caso onde o centro da ulceração era rebelde a medicação e não cedeu senão com o emprego superajuntado do tratamento mercurial.

Accidentes secundarios—Placas mucosas.—Os innumeros casos de accidentes secundarios tratados pelo 606 assignalam a acção extraordinariamente efficaz desta preparação para os accidentes da região palato-pharyngéa.

Após o emprego da primeira injecção elles cedem e quando assim não aconteça é bastante mais uma

outra para que a cicatrisação se realise. Esta cicatrisação é tão notavelmente rapida que o proprio doente assombra-se com o valor therapeutico do medicamento que lhe foi applicado. Com este medicamento que cura de uma maneira assombrosa as placas mucosas o Dr. Jacquet pensa que para o futuro, talvez pouco affastado, a syphilis tornar-se-ha mais rara em vista da esterilisação rapida deste agente tão habitual da transmissão da molestia.

Ellas sob a influencia do 606, após 24 horas modificam-se de uma maneira surprehendente: a sua côr é extraordinariamente alterada, ellas percorrem a escala chromatica, assignalada na descripção que fizemos no segundo capitulo das placas, porém, no sentido inverso. A sua extensão é diminuida apòs a primeira injecção.

Weiler em 1910 e Braun em 1911 assignalaram o desapparecimento rapido da dysphagia.

Recidivas.—As recidivas observadas das placas mucosas são frequentemente evitadas com o tratamento rigoroso pelo 606. Innumeras observações assignalam recidivas após injecções de arseno-benzol, porém o numero de observações de recidivas após o emprego do salvarsan é muito menor que após o emprego do mercurio.

E' evidente a superioridade do 606 sobre o mercurio. Actualmente é aconselhado o emprego mixto: mercurio e arseno-benzol. Após o emprego do 606 far-se-ha uma serie de injecções mercuriaes no intervallo que vae de uma injecção de salvarsan a outra.

Este processo tem dado resultados muito satisfactorios e as recidivas têm sido pouco observadas.

Accidentes terciarios.—A manifestação terciaria da syphilis na região palato-pharyngéa é muito bem influenciada com o emprego do 606. Podemos asseverar, de conformidade com diversas observações que é nesta manifestação que o seu effeito é mais prompto e mais evidenciado. Ella soffre uma modificação tão rapida que em muitos casos intervenções cirurgicas necessarias têm podido ser evitadas graças á influencia benefica do arseno-benzol.

O professor Emery diz a respeito do tratamento das manifestações terciarias pelo 606 que quanto mais destruidoras e profundas foram as lesões, mais rapida é a sua cicatrisação, quanto maior resistencia exista vis a vis ao mercurio e ao iodureto mais brilhante serão os resultados obtidos com o seu emprego.

A rapidez com que as gommas ulceradas se reparam não é assignalada em uma só observação na qual tenham sido tratadas pelo mercurio.

Emery cita em seu trabalho sobre a «Preparation do 606» um caso de gomma da abobada palatina sobre a qual nenhum tratamento local foi feito, observado no serviço do professor Herscheiner, e que submettido ao tratamento do arseno-benzol, tres dias após a injecção seus bordos achavam-se em via de cicatrisação.

A respeito de um caso muito grave de syphilides ulcero-gommosa do pharynge e perilaryngéa, observado no serviço do Dr. Michaelis, assim se exprime

aquelle eminente mestre: ..... as lesões mettiam seriamente em perigo a vida do doente e foram totalmente reparadas em alguns dias.

O que nós vimos a respeito do tratamento das manifestações terciarias palato-pharyngéa confirmam de uma maneira concludente o dizer do professor Emery. Após a primeira injecção a melhora se revela de uma maneira surprehendente: o estado local é muito modificado e o geral ainda mais.

Os resultados obtidos pelo seu emprego na clinica do Dr. Eduardo de Moraes foram tão satisfactorios que o illustrado mestre o aconselha sempre em manifestações desta natureza.

A nossa observação n. I revela ensinamentos de alto valor: é o caso de uma ulcera-gommosa do véo palatino em o qual a perfuração era quasi imprescindivel e que sob a influencia valiosa, rapida e segura do 606 foi evitada.

Desta observação concluimos que sob a influencia do tratamento mercurial a perfuração teria se realisado em virtude do seu effeito evidentemente menos rapido que o do arseno benzol.

Em qualquer periodo evolutivo que se ache a gomma syphilitica a primeira injecção do 606 realisará a sua influencia manifestada pela parada da evolução que sera seguida, após a segunda ou terceira injecção, no caso della só ter attingido o segundo periodo, pela involução.

Manifestações heredo-syphiliticas.— Nas manifestações heredo-syphiliticas, o seu effeito é identico ao

observado na syphilis adquirida. A keratite parenchymatosa é valiosamente influenciada.

Na syphilis hereditaria precoce não se o pode empregar directamente. O effeito nocivo do medicamento nas creanças resulta, para Wechselmann de uma intoxicação produzida pela grande quantidade de endotoxinas posta em liberdade pela destruição brusca de um numero enorme de espirochetas.

Ehrlich, Tœge e Emery aconselham o aleitamento do recem-nascido heredo-syphilitico por sua mãe ou uma nutriz infectada tratada desde o principio pelo arseno-benzol.

Na syphilis hereditaria tardia o seu emprego deve ser feito directamente.

Actualmente os eminentes mestres aconselham o tratamento mixto, isto é, o arseno-benzol e o mercurio no tratamento das manifestações palato-pharyngéas.

Dizem elles que as lesões situadas nesta região, ameaçando fortemente a vida do doente, serão evidentemente influenciadas pelo emprego do 606 e que o mercurio completará poderosamente o tratamento.

O mercurio constituirá ahi um complemento á influencia rapida do arseno-benzol, influencia esta que não é alcançada pelo emprego exclusivo do mercurio.

Os innumeros trabalhos que já hão apparecido sobre o arseno-benzol, attestam que a sua descoberta fez um importante progresso na therapeutica da syphilis, progresso que é o resultado não do acaso, e sim de estudos experimentaes e systematicos.

M

OBSERVAÇÕES

(RESUMIDAS)

I—D. C. 28 annos, lesão de forma circular situada no véo palatino, tendo um diametro de 1 centimetro,com aureola vermelha limitando-a dos tecidos sãos,evoluindo sem dôr e de profundidade exagerada, Cephalalgia e rheumatismo. Existencia anterior de cancro no grande labio esquerdo.

Após a primeira injecção a lesão perdeu sua fórma circular se tornando irregular e denunciando a evolução de um processo cicatrisial.

Feita a segunda injeccão seu diametro diminuiu consideravelmente. Apos a terceira, cicatrisação completa.

Observou-se no estado geral uma melhora absoluta.

II-J. D.... 13 annos. Pais syphiliticos. Triade de Hutchinson. Cephalalgia e ostealgia. Lesão na parede posterior do pharynge de forma mais ou menos circular, com bordos talhados a pic, aureola vermelha fundo accidentado e de diametro de 1 $^1/_2$ centimetro.

Após a primeira injecção a keratite parenchymatosa soffreu uma influencia bastante benefica e a ulcera pharyngeana tornou-se menor diminuindo de profundidade.

Após a segunda. cicatrisação quasi completa da ulcera gommosa e desapparecimento da keratite.

Após a terceira, cicatrisação completa da ulcera.

Estado geral bom.

III—A. S. 21 annos (1) Dystrophia dentaria. Não soube informar a respeito dos seus pais. Provavelmente hereditariedade syphilitica. Em uma segunda alternativa, existencia de cancro e bubão satellite. Gomma d'abobada palatina e da parede posterior do pharynge. Acreditamos em um caso de syphilis adquirida para uma heredo-syphilitica.

Estomatite mercurial bem accentuada. Tratamento aconselhado e seguido: injecção intravenosa de 606.

Após aprimeira injecção desapparecimento completo da estomatite e parada da evolução das gommas.

Após a segunda, diminuição do volume das gommas.

Após a terceira, completo desapparecimento das manifestações

---

(1) Auxiliado por esta observação e uma outra que nos foi offertada pelo nosso collega Abdias Campos era nosso intento escrevermos um capitulo sobre a syphilis adquirida pelos heredo-syphiliticos, porém em vista da escassez de tempo, resolvemos não escrevel-o.

Proposições

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

A abobada palatina é formada, anteriormente pela reunião das duas apophyses palatinas do maxillar superior.

II

Posteriormente é formada pela reunião das porções horisontaes dos palatinos.

III

O ponto da juncção destas quatro partes corresponde ao vomer.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I

A região palatina representa a parede superior da cavidade buccal.

II

Ella se compõe de duas partes: uma anterior dura, outra posterior molle.

III

A primeira é chamada abobada palatina, a segunda véo palatino.

HISTOLOGIA

I

Na mucosa palatina não existem glandulas em sua parte anterior.

II

Em sua parte posterior ella apresenta uma camada muito espessa.

III

A mucosa do pharynge contém um grande numero de glandulas em toda extensão do orgão.

BACTERIOLOGIA

I

O bacillo de Ducrey é o agente especifico do cancro molle.

II

Elle não toma o Gram.

III

Elle se cultiva facilmento no homem.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

A inflammação se caracterisa por quatro phenomenos objectivos.

II

Estes são: a dor, o calor, o rubor e o tumor.

III

Em algumas inflammações chronicas alguns destes phenomenos podem fazer falta.

PHYSIOLOGIA

I

A asphyxia é uma perturbação da respiração.

II

Ella pode se realisar por tres modos: a asphyxia por privação de oxygenio, por accumulação de oxydo carbonico no ar respirado e por mistura de vapores toxicos ao ar respirado.

III

Ella succede a dyspnéa.

THERAPEUTICA

I

O emprego do arsenico no tratamento da syphilis é muito antigo.

II

O 606, composto arsenical, é empregado correntemente na dose de 40 a 50 centigrammos.

III

As creanças não o supportam directamente.

HYGIENE

I

O ar não tem microbios especiaes.

II

Os que nelle vivem provem do solo dås habitações ou dos corpos dos animaes.

III

A hygiene do ar está na rasão directa da hygiene do solo.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

I

O pae ou tutor de um nubente deve exigir do medico da outra familia um attestado sobre o estado de saude do pretendente.

II

No caso de um impedimento medico o casamento não se deve realisar, senão após o consentimento do clinico.

III

Em nossa sociedade este preceito não é cumprido.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I

A cicatrisação dos tecidos se realisa por dois modos: reunião por primeira intenção e reunião por segunda intenção.

II

O primeiro consiste na soldadura immediata dos labios e dos planos profundos da ferida.

III

O segundo se realisa mais lentamente que o primeiro; o espaço que separa os dois bordos da ferida é cheio de um tecido de granulação que se epidermisa depois.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

As injecções de 606 devem ser dadas de preferencia na veia mediana cephalica ou na basilica.

II

Com auxilio de uma atadura passada no terço superior do braço as veias da dobra do cotovello farão salliencia.

III

Antes da introducção da agulha a mais rigorosa aseshia deve ser feita na região.

CLINICA CIRURGICA

1.ª CADEIRA

I

O joelho apresenta tres typos de deformação: o *genu valgum*, o *geum varum* e o *genu recurvatum*.

II

Sobre o ponto de vista clinico o *genu valgum* é o mais frequente.

III

Elle ataca de preferencia a infancia e a adolescencia.

CLINICA CIRURGICA

2.a CADEIRA

I

A necrose não é uma molestia.

II

Ella é uma complicação de diversas molestias, entre ellas a syphilis.

III

Ella consiste na morte do tecido osseo.

PATHOLOGIA MEDICA

I

Na cirrhose atrophica de Laennec o figado é sempre diminuido de volume.

II

Esta atrophia occupa de preferencia o lobulo esquerdo.

III

Ha casos em que na sua phase inicial é observada a hypertrophia do figado.

CLINICA PROPEDEUTICA

I

O exame da urina revela quasi sempre signaes de alto valor, para se firmar um diagnostico.

II

No estado normal as urinas são claras e de cor amarella clara.

III

Após as refeições ellas tomam uma tinta mais escura.

CLINICA MEDICA

I.ª CADEIRA

I

A ankylostomiase é uma molestia produzida por

um pequeno verme conhecido geralmente pelo nome de *ankylostomo duodenale.*

II

Os individuos que hospedam os ankylostomos em pequeno numero e gozam perfeita saude são chamados ankylostomados.

III

Aquelles que hospedam um numero superior a 500 vermes adultos são verdadeiros ankylostomiasicos.

CLINICA MEDICA

2.ª CADEIRA

I

Frequentemente se observa albuminuria no fim da scarlatina.

II

Sua causa ainda não está bem conhecida.

III

Ella pode apparecer no fim da molestia ou depois della.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

O hydrato de sodio é caustico.

II

Elle dissolve o 606.

III

Seu emprego para esta dissolução e em solução de 30 %.

HISTORIA NATURAL MEDICA

I

O treponema pallido é um protozoario.

II

Elle pertenca á classe dos flagellados e a ordem dos espirochetidados.

III

Está collocado no genero treponema.

CHIMICA MEDICA

I

O arsenico é um metalloide.

II

Raramente é encontrado em liberdade, constituindo o arsenico nativo.

III

Elle existe em grande quantidade no estado de combinação.

OBSTETRICIA

I

A syphilis influe na evolução da gravidez.

II

Quando a mulher syphilitica torna-se gravida os abortos e partos prematuros de meninos mortos ou macerados são frequentes.

III

Quando a mulher gravida contrahe a syphilis o menino deve ser considerado um syphilitico.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I

A altura do fundo do utero revela ensinamentos a respeito da evolução da prenhez.

II

O utero augmenta regularmente centimetro por mez.

III

No nono mez o fundo uterino acha-se em contacto com as falsas costellas

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I

O signal de Kernig consiste na difficuldade que tem o doente de passar do decubito horisontal a posição assntada tendo as pernas em extensão.

II

Este signal é de muita probabilidade da meningite.

III

Elle é provocado por uma irritação medullar.

CLINICA PEDIATRICA

I

A creança pode contrahir a syphilis.

II

Esta acquisição pode ser feita durante o trabalho do parto.

III

O 606 deve ser empregado indirectamente.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I

As perturbações oculares são communs na tabes.

II

A atrophia do nervo optico é frequentemente observada no periodo pre-ataxico.

III

Esta atrophia é caracterisada clinicamente pela diminuição progressiva da visão, sem estreitamento do campo visual e sem lacuna.

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I

O 606 cura as manifestações da syphilis na região palato-pharyngéa.

II

O seu effeito é mais rapido que o do mercurio,

III

O 914 tem nas manifestações desta região o mesmo effeito que o do 606.

Visto.—Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 31 de Outubro de 1912.

O SECRETARIO,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.